

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° 285

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

LIONEL ROBINSON

29 Mars 1887 -- Bordeaux

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

ET

GESTATION

Président : COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale à la Clinique Baudelocque.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

PARIS

IMPRIMERIE E. DESFOSSÉS

13, Quai Voltaire

1921

285

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

LIONEL ROBINSON

29 Mars 1887 — Bordeaux

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

ET



GESTATION

Président : COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale à la Clinique Baudelocque.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

PARIS

IMPRIMERIE E. DESFOSSÉS

13, Quai Voltaire

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. H. ROGER

PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale	NICOLAS.
Physiologie	CUNÉO.
Physique médicale	CH. RICHET.
Chimie organique et Chimie générale	ANDRÉ BROCA.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BEZANÇON.
Pathologie et Thérapeutique générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	M. LABBÉ.
Pathologie chirurgicale	RÉNON.
Anatomie pathologique	LECÈNE.
Histologie	LETULLE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale	DUVAL.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	CARNOT.
Médecine légale	L. BERNARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	MÉNÉTRIÉR.
	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	MARFAN.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	DUPRÉ.
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	P. MARIE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET.
Clinique des maladies contagieuses	LEJARS.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA.
Clinique thérapeutique	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LE LORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GRÉGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUÉNIOT	LÉRI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LÉVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRÉ	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE
DE MON AMI PAUL MEAUX SAINT-MARC
Interne des Hôpitaux de Paris,
tué à l'ennemi le premier jour de combat (1914).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale

à la Clinique Baudelocque

Chevalier de la Légion d'Honneur

*En le remerciant du grand
honneur qu'il nous a fait en
nous confiant le sujet de cette
étude et en acceptant de pré-
sider notre thèse.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR FERNAND WIDAL

Professeur de Clinique Médicale à l'Hôpital Cochin

Membre de l'Institut (Académie des Sciences)

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

*en témoignage de ma gratitude
et de mon respectueux dévouement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

M. LE DOCTEUR CLAISSE

M. LE PROFESSEUR VAQUEZ

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEQUEUX

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ METZGER

EXTERNAT

1910-1911. M. LE DOCTEUR BAZY

1911-1912. M. LE DOCTEUR COURTOIS-SUFFIT

1912-1913. M. LE PROFESSEUR WIDAL

1913-1914. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
HENRI CLAUDE

1914. M. LE DOCTEUR THIBIERGE

A MM. LES DOCTEURS WEISSENBACH ET VIGNES

*dont les conseils éclairés nous
furent si précieux au cours de
nos recherches.*

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

L'encéphalite-léthargique, a, depuis quelques années, attiré sur elle l'attention de tous les cliniciens.

C'est von Economo qui donna la première description clinique de cette affection à l'occasion d'une épidémie grave qui a sévi à Vienne pendant l'hiver 1916-1917.

Les caractères essentiels de la maladie étaient : l'hyper-somnie, les paralysies oculaires et la fièvre. Il lui donna le nom d'encéphalite-léthargique.

C'est l'année suivante, au début de janvier 1918, que se déclarèrent en France des faits analogues à ceux décrits par le médecin viennois, et nous devons les premières observations à M. Netter qui présenta le 27 mars 1918, à la Société Médicale des Hôpitaux l'étude des cas qu'il avait recueillis au cours des trois mois précédents.

En Angleterre des faits analogues avaient été également observés à la même époque, mais l'affection qui n'avait pas été reconnue fut prise pour de la méningite tuberculeuse, pour des tubercules cérébraux, ou pour du botulisme.

L'encéphalite léthargique, maladie de découverte récente en apparence, n'en a pas moins existé de tous temps sans qu'un nom précis lui ait été donné.

Comme l'a montré M. Netter, au printemps de 1890 cette maladie a sévi en divers points de l'Europe sous forme d'épidémie et particulièrement en Italie où elle fut appelée « Nona ».

Ce même auteur trace le tableau historique suivant : il relate la description faite par Rudolf Jacob Camerarius dans les « Ephémérides des Curieux de la nature » d'une épidémie qui a sévi à Tubingue en 1712, à laquelle on avait donné le nom de « Schlafkrankheit », maladie du sommeil que des auteurs comme Elstein et Longuet ont identifié à la « Nona ».

Remontant infiniment plus haut, il trouve dans Cœlius Aurelianus, dans Arétée de Cappadoce et surtout dans les écrits hippocratiques (aphorismes, prénotions coaques, traités des épidémies, des maladies, du régime dans les maladies) sous le nom de « Lethargos », une maladie fébrile qui est certainement l'encéphalite-léthargique.

D'autre part, Durodié, de Bordeaux, recherchant dans la littérature médicale ancienne les mentions qui pourraient avoir été faites de l'encéphalite léthargique, trouve dans Celse, qui vivait au temps d'Auguste et de Tibère, tout un chapitre consacré à cette fièvre léthargique déjà mentionnée depuis longtemps par les Grecs.

Durodié ajoute que Sydenham, vers le milieu du XVII^e siècle, relate des cas de malades qui dormirent pendant plusieurs semaines et qui, ne s'éveillant à peine que pour l'absorption de quelque aliment, retombaient ensuite dans leur sommeil. Il donna à cette fièvre le nom de « Comateuse ».

Depuis 1918, l'attention des cliniciens a été fixée sur cette fièvre particulière et des observations sans nombre ont été

publiées qui ont permis d'établir les symptômes de la maladie, des formes cliniques, et son évolution.

Toutefois, il est à remarquer que sur le très grand nombre des cas publiés, ceux qui ont trait à la période de la gestation et de la puerpéralité sont extrêmement rares.

Cette particularité, qui avait déjà frappé MM. Couvelaire et Trillat, nous a paru intéressante ; aussi à l'occasion d'un cas que nous avons pu observer dans le service de notre maître M. le Professeur Widal, nous avons essayé de réunir toutes les observations de faits analogues qu'il nous a été possible de retrouver dans la littérature médicale française, suisse, anglaise et américaine.

De plus, grâce à la bienveillance de nos maîtres, nous avons pu rassembler six observations inédites. Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le Professeur Brindeau, M. le Professeur agrégé Demelin, MM. les Docteurs Devraigne et Cathala, accoucheurs des hôpitaux, du grand honneur qu'il nous ont fait en nous confiant leurs très intéressantes observations, qui ont été d'une si haute valeur pour notre texte. Nous leur exprimons ici notre profonde reconnaissance.

Nous désirons aussi remercier M. E. Gaujoux, accoucheur à la Maternité du Gard, qui a eu l'amabilité de nous communiquer le résumé de deux de ses observations personnelles qui sont sur le point d'être publiées.

Il nous a paru intéressant de rechercher quels furent les effets de l'encéphalite qui, selon l'expression de MM. Répond et de Werra, est pour nous « *une redoutable inconnue* » lorsqu'elle vient compliquer une grossesse, et de noter les particularités

qui nous seraient apparues au cours d'un examen d'ensemble des observations que nous avons pu étudier.

Nous avons pu rassembler vingt-trois cas d'encéphalite léthargique survenant au cours de la gestation et des suites de couches.

Nous allons faire connaître successivement chacune de ces observations.

OBSERVATIONS

La première de ces observations est celle d'une jeune femme que nous avons pu suivre et étudier avec M. le Docteur Weissenbach tout d'abord dans le service de M. le Professeur Vidal à la clinique médicale de l'hôpital Cochin, puis avec M. le Docteur Vignes dans le service de M. le Professeur Couvelaire à la clinique Baudelocque.

I. — OBSERVATION PERSONNELLE

(Observation 1)

(Services de M. le Professeur Vidal et de M. le Professeur Couvelaire.)

Mme L... entre dans le service de M. le Professeur Vidal le 10 février 1920.

L'affection pour laquelle cette malade entre à l'hôpital a débuté, d'après ses dires, le 9 février 1920, par de la lourdeur de tête, une soif vive et de la fatigue.

Ce jour-là, la malade se couche à 7 heures du soir et ne se réveille que le lendemain à 9 heures. Elle éprouve alors une grande difficulté à se maintenir éveillée malgré qu'elle fasse effort pour secouer l'envie de dormir qu'elle ressent. Dans ce but elle se passe de l'eau froide sur le visage.

La somnolence persistant malgré tout, la malade décide de sortir dans la rue pour chasser cette torpeur. Elle sort et se promène ; mais rapidement elle se sent fatiguée. Elle s'assoit sur un banc et s'endort presque immédiatement.

Ce sont des agents qui l'ayant trouvée endormie, la conduisent à l'hôpital.

A l'entrée, le 10, la malade est dans un sommeil profond et calme. On note cependant quelques mouvements de mâchonnement et quelques rares secousses dans les membres supérieurs et au niveau de l'abdomen.

On a peine à tirer la malade de sa torpeur et il faut constamment la solliciter de répondre aux questions qui lui sont posées pour l'empêcher de retomber dans son sommeil.

Lorsque la malade répond, elle le fait clairement et avec bon sens, mais, semble-t-il, avec une certaine difficulté dans l'articulation, tenant à une parésie des muscles des lèvres. Cette parésie se révèle à l'examen par l'attitude de moue persistante du visage.

De temps en temps la malade agite la tête d'un côté à l'autre. Elle dit que ces mouvements ont pour but de chasser le sommeil, car elle sent à certains moments qu'elle tombe dans l'inconscience complète. Elle ne perçoit plus alors les paroles qui sont prononcées autour d'elle que comme un vague bourdonnement ; elle présente même à ce moment quelques sensations lumineuses caractérisées par des points brillants qui passent devant ses yeux.

La diplopie existe, elle est facilement constatée quand on demande à la malade de compter le nombre des doigts qu'on lui montre.

La malade suit difficilement le doigt que l'on fait passer dans

les divers sens devant ses yeux. Elle dit que cette manœuvre lui donne des vertiges.

On ne peut pas obtenir que la malade ouvre largement les paupières ; celles-ci restent à demi ptosées devant les yeux.

Au niveau de l'abdomen on note le phénomène de la raie blanche par effleurage de la peau avec la pulpe digitale.

La palpation des flancs et celle des mollets révèle quelques points douloureux.

Les réflexes pupillaires sont normaux.

Les réflexes achilléens, rotuliens, tricipital, radial, sont plutôt forts des deux côtés.

Pas de signe de Babinski, ni à droite ni à gauche.

Pas de signe de Kernig.

Pas de signe de Brudzinski.

Pas de raideur de la nuque.

Une légère incoordination des mouvements la malade, en effet, touche à côté quand on lui demande de porter le doigt sur le nez.

L'examen du cœur et des poumons ne révèle rien d'anormal.

Dans les urines il n'y a ni sucre, ni albumine.

Le pouls est à 76, il est dicrote, la température à 37,2.

La tension artérielle est à 17-7 au sphygmomanomètre de Pachon.

La malade est enceinte, mais elle ne peut préciser à quelle date de la gestation elle se trouve car elle a eu, dit-elle, des hémorragies jusqu'à il y a deux mois.

L'utérus remonte un peu au dessus de l'ombilic. La malade dit sentir les mouvements fœtaux.

L'interrogatoire de la malade nous apprend que ses parents sont vivants ; le père, éthylique, est habituellement bien por-

tant mais présente de temps à autre des crises convulsives sur le caractère desquels il est difficile d'obtenir des précisions. La mère âgée de 49 ans a eu vingt-trois enfants dont dix-sept encore vivants ; tous ont été élevés au sein. Elle a eu quatre gestations doubles.

Les six enfants morts sont décédés vers 6 ans, sauf l'aîné qui est mort à 19 ans de péritonite.

La malade dit être la quatrième ; elle a été nourrie au sein jusqu'au 4^e mois ; elle a marché tard ; d'ailleurs elle a eu dit-elle, des déformations rachitiques aux jambes à l'âge de 2 ans.

Réglée à 11 ans, les règles ont été régulières, durant de 4 à 5 jours.

Les premiers rapports sexuels ont eu lieu au moment de son mariage en août 1919.

Dans les *antécédents pathologiques* de la malade on relève : la rougeole et la coqueluche ; une appendicite suppurée qui aurait été opérée en 1913 à l'hospice du Havre.

La malade aurait été internée à Rouen d'où elle aurait été dirigée, dit-elle, sur Ville-Évrard où elle a fait un séjour en 1918.

Ce dernier internement est en effet exact. Les renseignements qui nous ont été communiqués par l'asile de Ville-Évrard sont les suivants :

L... Ursule-Marthe (femme L...) entrée le 18-9-1918, sortie le 7-12-1918.

Préfecture de police, le 10-9-1918. — Est atteinte d'excitation maniaque, anxiété, méfiance ; attitude de défense, mimique coléreuse, grognement, insomnie. Arrêtée sur la voie publique à l'occasion de l'extravagance de son attitude, de ses propos et des cris qu'elle poussait (D^r Dupré).

Sainte-Anne le 11-9-1918. — Certificat immédiat : Est atteinte d'excitation maniaque, hallucination, propos sans suite, impulsion, contusions multiples (D^r Dagonet).

Sainte-Anne, le 19-9-1918. — « J'étais allée faire des courses Boulevard Saint-Martin, les agents m'ont arrêtée. J'habite Grenelle chez ma grand'mère. Je me suis sauvée à 3 heures du matin parce qu'une femme voulait me battre. Elle voulait me donner un coup de couteau ; c'est parce que j'avais causé à son mari. Je la voyais toujours courir avec un couteau dans la manche. Pendant 4 jours j'ai couché dans la rue. Je n'osais pas revenir chez moi. Dans la journée je travaillais comme bonne. J'avais toujours envie de dormir. J'ai une péritonite chronique avec cicatrice au ventre. J'ai couché quatre jours au Champ de Mars, craignant une femme qui m'avait menacée. »

Conclusions : Pas d'hallucination, mais des rêves ; voit cette femme. A eu des sensations visuelles au champ de mars. A pensé à se tirer un coup de revolver. A cherché à se blesser d'un coup de sabre.

Ville-Evrard, le 19-9-1918. — Certificat immédiat : Est atteinte de débilité mentale avec idée de persécution, hallucination de la vue, fugue, idées passagères de suicide (D^r Sérieux).

Ville-Evrard, le 20-9-1918. — A eu cinq crises d'hystérie cette nuit, deux ce matin.

Ville-Evrard, le 3-10-1918. — Excitation, crise d'hystérie : « Si je rencontre la femme qui m'a menacée, elle aura son bouillon ». Colère, menaces.

Cette malade est très désagréable, coléreuse ; a eu une forte crise de colère la nuit dernière ; s'est frappée la tête contre le lit (dit que ce sont les infirmières qui la frappent). Pas de contusion. A été signalée plusieurs fois comme ayant des crises la nuit... S'alimente bien.

Ville-Evrard, le 3-10-1918. — Certificat de quinzaine. Est atteinte de débilité mentale avec hystérie, crises convulsives, excitation consécutive, menaces, loquacité. A maintenir (D^r Sérieux).

Amélioration ; plus raisonnable ; s'occupe.

Ville-Evrard, le 20-11-1918. — Bulletin de santé envoyé au mari ; Mme L... a présenté à plusieurs fois des alternatives de calme firelat

et d'agitation. Est calme seulement depuis 8 jours et s'occupe ; une sortie en ce moment serait prématurée ; il faut voir si cette période de calme va se maintenir. Est assez raisonnable en ce moment, mais les crises surviennent brusquement (D^r Bonnet).

Ville-Evrard, le 25-11-1918. — Bulletin de santé envoyé au mari : Prière de lire le bulletin adressé et parti d'ici le 20-11-1918. Vous m'écrirez ensuite (D^r Bonnet).

Ville-Evrard, le 29-11-1918. — Certificat de sortie : Est guérie ; sa sortie peut être ordonnée. Son père la réclame et désire que sa fille retourne auprès de lui dans la Seine-Inférieure. Une infirmière pourra la mettre dans le train (D^r Bonnet).

M. L... épicier à J... B... Bulletin de sortie le 29-11-1918. « Nous pourrons la faire mettre au train. Il faudra envoyer l'argent. Je vais demander la sortie à M. le Préfet » (D^r Bonnet).

La malade a fait, de plus, un court séjour à l'Hôtel-Dieu pour un accès délirant, sur la nature duquel nous n'avons pu avoir de renseignements précis (Probablement état confusionnel avec fugue de nature comitiale — D^r Lévy-Valensi).

Le 11 février. — Dans la matinée la malade est dans le même état que la veille.

L'examen ophtalmoscopique pratiqué par le D^r Cantonnet montre : de la diplopie par paresse du droit externe gauche. Le globe oculaire gauche est un peu dévié en haut et en dedans. L'examen du fond de l'œil ne peut être pratiqué.

La *ponction lombaire* pratiquée donne un liquide clair ne coulant pas en jet.

Les analyses cytologique et chimique du liquide ont donné les résultats suivants :

Queques rares lymphocytes : 0,25 par millimètre cubes à la cellule de Nageotte.

Pas d'hyperalbuminose.

Réaction du sucre : légère hyperglycosie (non dosée).

Dans l'après-midi, la malade est plus éveillée et elle cause à ses voisines.

Le 12 février. — Le sommeil profond a repris, il est difficile d'en tirer la malade.

On observe toutes les minutes environ une secousse au niveau du diaphragme. On provoque même les secousses en recherchant le signe de la raie blanche, qui existe toujours.

On note aussi quelques secousses des membres supérieurs, de petites secousses plus fréquentes au niveau de l'aile gauche du nez et des mouvements des lèvres.

La diplopie persiste.

Le pouls est à 88, la température à 37,8.

Le 13 février. — Même pouls; tension artérielle 17-8, même température.

Dans la matinée, même hypersomnie. Dans l'après-midi la malade bien éveillée peut tenir conversation; elle se plaint de céphalée intense.

La diplopie persiste.

Le mouvement d'élévation des globes oculaires est difficile.

La malade se plaint que les mouvements des yeux qu'on lui fait faire au cours de l'examen exagèrent sa céphalée et lui donnent des vertiges.

Le 14 février. — La malade est bien éveillée. On la trouve le matin lisant, ou plutôt regardant des gravures, car la lecture lui est impossible; elle ne voit qu'un brouillard. Mais d'elle-même elle ferme son œil gauche (côté de la parésie) et alors elle peut voir à peu près distinctement les grosses lettres et les images.

Diplopie persistante.

Raie blanche toujours facile à obtenir.

Réflexes pupillaires et tendineux normaux.

Une rare secousse diaphragmatique de temps en temps.

Pouls : 84. Température : 37,4.

La malade accuse de la constipation.

Le 15 février. — Même état que la veille. Mêmes symptômes, la malade reste facilement éveillée.

Le 16 février. — Mêmes symptômes. Pouls : 92. Tension art. : 16 $\frac{1}{2}$ -7. Temp. : 37,4.

Raie blanche, persistance des secousses diaphragmatiques et des mouvements au niveau de l'aile gauche du nez.

Le 18 février. — Le soir la malade se plaint de douleurs abdominales ; elle croit qu'elle va accoucher. Le toucher vaginal montre un col non dilaté, ni effacé. On note une grosse distension abdominale avec tympanisme. Une sonde rectale est mise en place.

Le 19 février. — Les phénomènes présentés la veille au soir ont disparu, la malade ne souffre plus ; le ventre est souple, non météorisé.

Le pouls est à 88 ; la température à 37,8.

Pas de secousses myocloniques.

Le signe de la raie blanche persiste.

La diplopie persiste dans le regard à droite et à gauche, mais elle n'existe plus dans le regard direct.

Le globe oculaire a repris sa position normale.

Pas de somnolence.

Le 20 février. — La température s'élève à 38,5.

On note la réapparition de secousses diaphragmatiques donnant une sorte de hoquet.

La somnolence est également reparue depuis le matin.

Le 21 février. — La température monte à 39,5 et à 40,3 sans que l'examen puisse décèler la cause de cette élévation thermique. Pas d'exagération des phénomènes myocloniques, pas de modification des réflexes.

Le 22 février. — La température descend à 38,2 puis à la normale le soir. Les jours suivants la température demeure normale.

Le 26 février. — On pratique une *deuxième ponction lombaire* qui donne issue à un liquide clair non hypertendu, dont l'examen cytologique montre :

Lymphocytes : 1,7 par millimètre cube.

Albumine : 0,20 ctg. au rachialbuminimètre de Ravaut.

Sucre : légère hyperglycosie.

La malade présente encore un peu de somnolence surtout dans la matinée.

Le 1^{er} mars. — On note encore une secousse diaphragmatique de temps en temps.

La diplopie persiste.

Le 6 mars. — La température s'élève le matin à 38,6 pour redescendre le soir à 37,4.

Le 7 mars. — Le malade présente une poussée subite de température à 40,6 avec céphalée et courbature. Une *hémoculture* est pratiquée : 20 cc de sang dans 300 cc de bouillon glucosé ; le résultat fut négatif.

Un *examen de sang* est pratiqué ; il donne le résultat suivant :
globules blancs 8.400 par mm. c.

équilibre leucocytaire	{	Polynucléaires neutrophiles ...	75 %
		Gros mononucléaires	5 %
		Mononucléaires moyens	5 %
		Lymphocytes	13 %
		Formes de transition	2 %

Le 8 mars. — La température est redescendue à la normale 37,1

Dans l'après-midi la malade est reprise d'un sommeil invincible, après avoir été prise d'une sorte de courbature généralisée et de frissons.

Les secousses diaphragmatiques reparaissent et sont très nettes, de même quelques secousses dans les membres.

Le signe de la raie blanche est manifeste.

Les 9 et 10 mars. — L'état de somnolence est le même.

La diplopie qui n'existait plus que dans les positions extrêmes du regard, reparait à certains moments sans qu'elle soit constante.

La malade semble avoir un peu de difficulté à porter le regard latéralement.

Les réflexes à la lumière et à l'accommodation sont normaux.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont un peu forts.

Pas de signe de Babinski.

Pouls : 80. Tension art. : 37,8. Température : 37,2.

Les secousses myocloniques du diaphragme ont reparu assez nombreuses, ainsi que les secousses dans les membres, secousses qui s'accompagnent de mouvements convulsifs des bras et des mains.

Une *troisième ponction lombaire* est pratiquée. L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien ne montre rien de particulier :

Lymphocytes 0,9 par mm. c. à la cellule de Nageotte.

Pas d'hyperalbuminose ;

Teneur en sucre normale ;

Réaction de Wassermann négative ;

Une prise de sang est également pratiquée : le dosage de l'urée du sérum donne 0 gr. 32 par litre.

Le 12 mars. — Nouvelle poussée de la température en clocher. Une nouvelle hémoculture est pratiquée : 20 cc. de sang dans 300 cc. de bouillon glucosé ; elle donne un résultat négatif.

Le 28 avril. — Depuis le 18 mars la température de la malade a présenté des oscillations tout à fait irrégulières, parfois élevée le soir, parfois plus élevée le matin que le soir ; ces oscillations ont varié entre la normale et 39,5. Ces variations de la température ont été accompagnées de frissons et de sueurs.

Rien à l'examen clinique ne peut expliquer cette température. Il n'y a aucun phénomène pulmonaire.

La somnolence a presque entièrement disparu ; la malade est éveillée mais elle s'assoupit parfois dans la journée ; cette somnolence est intermittente et invincible lorsqu'elle apparaît.

Les réflexes tendineux sont toujours un peu exagérés. Les troubles de la vue se sont beaucoup améliorés ; mais la fatigue oculaire survient rapidement lorsqu'on prescrit à la malade de suivre le doigt. La malade est obligée de rapprocher les caractères d'imprimerie pour les lire.

On note un peu de parésie de l'accommodation.

Les secousses myocloniques persistent au niveau du dia-

phragme et des membres, principalement aux membres inférieur et supérieur gauches.

L'état général est assez bon, mais l'asthénie est assez marquée; la malade ne peut pas rester debout, la démarche revêt le caractère de l'effort pénible qui est fait.

La température est à 38. La tension artérielle : 16-9.

Depuis trois jours la malade présente une légère métrorragie.

Le 8 mai. — Depuis le 28 avril la température a continué ses oscillations ; elle est revenue à la normale pour y demeurer le 4, le 5, le 6 et le 7.

Elle est remontée ce jour à 38,6.

Depuis le 28 avril, la malade a eu un accès de sommeil ; elle s'est endormie un soir, en mangeant sa soupe et ne s'est réveillée que le lendemain matin.

Entre temps les nuits ont été un peu agitées.

La malade a présenté de l'insomnie, principalement depuis 4 jours où elle accuse des douleurs dans le côté gauche de la face dues probablement à des dents cariées.

Quelques secousses myocloniques persistent au niveau de l'abdomen et des membres surtout à gauche.

Ces secousses se répètent toutes les minutes environ.

Un examen de sang a été pratiqué en vue d'établir la formule leucocytaire qui s'est montré normale.

Le 10 mai. — La malade perdant du sang est dirigée sur le service de M. le professeur Couvelaire à la clinique Baudelocque pour y être surveillée et accouchée.

CLINIQUE BAUDELLOCQUE

Le 10 mai. — A son entrée à Baudellocque la diplopie a disparu ; il n'y a pas de nystagmus. On remarque surtout des mouvements choréiformes de la face et du membre supérieur du côté gauche, avec mouvements athétosiques de la main gauche dont le pouce est habituellement fortement fléchi et maintenu par la flexion de l'index et du médus, tandis que l'annulaire et le cinquième présentent des mouvements lents d'extension et de flexion.

On constate de même de brusques contractions de la paroi abdominale avec hoquet. Au membre inférieur gauche les contractions musculaires très brusques déterminent des mouvements de flexion de la cuisse et de la jambe.

L'examen de la sensibilité révèle plutôt de l'hyperesthésie cutanée à gauche.

Les reflexes tendineux sont exagérés aux membres supérieurs et inférieurs, beaucoup plus marqués à gauche.

Il y a une ébauche de trépidation épileptoïde à gauche avec extension de l'orteil.

La malade est une *primipare de 21 ans*.

Dernière règles au milieu d'août 1919.

Hypersécrétion vaginale, endométrite.

Pas de vomissements au début.

La malade a eu des pertes de sang au cours de son séjour à l'hôpital Cochin, et c'est parce qu'elle a de nouveau perdu un peu de sang qu'elle a été dirigée sur la clinique Baudellocque.

Pas d'albumine dans les urines pendant la grossesse.

Le 13 mai. — La malade accouche d'une fille pesant 3 k. 380. Accouchement spontané et à terme.

Placenta : 570 gr.

Dilatation : 9 h. 55.

Expulsion : 20'.

Pas d'albumine dans les urines.

Le 14 mai. — Le lendemain de l'accouchement la malade est gaie ; elle ne souffre pas et paraît tout à fait normale.

Le 15 mai. — La malade se plaint de la réapparition de la céphalée et de tendance à sommeiller constamment.

Le 16 mai. — 15 gr. d'huile de ricin selles abondantes. Lochies fétides, injections vaginales aniodolées.

Le 18 mai. — 19 h. 30, la malade se plaint encore de maux de tête intermittents, surtout nocturnes. Parfaitement lucide au moment de l'examen, elle dit ne plus avoir de somnolence ou y résister facilement.

A l'examen les réflexes rotuliens et achilléens sont forts. Pas de Babinski.

Les secousses myocloniques persistent encore.

Au niveau du diaphragme, une secousse toutes les 10 secondes.

Les secousses sont moins fréquentes à la face du côté droit et au membre inférieur.

Le 19 mai. — 10 h. somnolence intermittente.

Poids de l'enfant : 3.220 grammes.

Le 20 mai. — La malade a eu des vomissements bilieux pendant la nuit et ce matin. On révèle à la palpation une douleur aux creux épigastrique et dans la région gastrique.

Le 21 mai. — Les vomissements ont disparu, la douleur gastrique et épigastrique également. Pas de céphalée. La malade est gaie.

En somme alternatives de gaiété et d'obnubilation.

Poids de l'enfant : 3.250 grammes.

Le 23 mai. — Lymphangite du sein gauche. On la traite par des pansements chauds. La malade a présenté de la céphalée toute la nuit, accompagnée de douleurs de la nuque et d'insomnie.

La langue est saburrale.

La température est à 39,6.

Le 26 mai. — La malade n'a plus de céphalée, ni de somnolence.

Les secousses myocloniques des membres supérieurs persistent, rendant la malade incapable de se servir de sa main gauche.

Loquacité. Etat général relativement bon.

Le 27 mai. — La somnolence a reparu légèrement, par intermittence.

Le soir la malade a présenté une crise de loquacité verbale.

Poids de l'enfant : 3.425 grammes.

Le 28 mai. — Contre l'avis du Docteur Weissenbach et du Docteur Vignes la malade quitte la clinique Baudelocque pour rentrer chez elle en Normandie.

Au moment de son départ persistent encore des secousses myocloniques du diaphragme rythmées toutes les 10 secondes environ, plus fortes à gauche qu'à droite ; persistent aussi quelques secousses intermittentes au niveau de la moitié inférieure gauche de la face.

La malade n'a pas de céphalée, pas de somnolence ; elle présente au contraire une légère excitation verbale.

Les réflexes cutanés et tendineux sont normaux.

La diplopie persiste.

Depuis cette époque nous n'avons revu ni la malade ni son enfant mais nous avons eu deux fois de leurs nouvelles.

Le 4 juin 1920. — la mère présentait encore des signes d'encéphalite : courbature, fatigue, hypersomnie l'obligeant à se coucher dans le cours de la journée. Elle ne peut résister au sommeil, s'endort où elle se trouve, nous écrit-elle, et ce sont des voisines qui viennent la réveiller alors que les cris de son enfant qui les ont attirées, ne l'ont pas sortie du sommeil. L'enfant, écrit-elle, nourrie au sein est bien portante, n'a jamais présenté aucun symptôme morbide autre que de la diarrhée intermittente.

Le 1^{er} mars 1921. — La malade nous apprend qu'elle est complètement guérie depuis plusieurs mois et qu'elle est à nouveau enceinte de six mois environ. L'enfant actuellement âgée de neuf mois et demi, bien portante et bien développée, n'aurait jamais présenté aucun symptôme morbide.

* * *

EN RÉSUMÉ, nous nous trouvons en présence d'une femme de 21 ans atteinte d'encéphalite léthargique. Le diagnostic de la maladie est facilement établi par les symptômes de paralysie oculaire, d'hypersomnie et de fièvre très légère au début. L'affection a commencé par une léthargie marquée, symptôme prédominant auquel se sont ajoutés presque aussitôt des phénomènes myocloniques caractérisés par les secousses au niveau des membres et du diaphragme.

Ces *phénomènes myocloniques* ont été intermittents ; parfois nettement caractérisés, vifs, continus, rythmés toutes les minutes, quelquefois toutes les secondes ; parfois beaucoup plus

faibles et très espacés ; à d'autres moments ils ont entièrement disparu. Néanmoins ces phénomènes cloniques se sont montrés au cours de toute la période de la maladie qui a pu être observée.

L'hypersomnie qui prédominait au début, profonde dans les cinq premiers jours, s'est atténuée assez rapidement. Pendant une période de trois semaines elle demeure intermittente puis elle redevient un instant plus marquée après une poussée aiguë de température ; la léthargie reprend ensuite son caractère intermittent sous la forme de somnolences. Vers la fin du troisième mois de la maladie dans les dix jours qui précèdent l'accouchement, apparaît une phase d'insomnie et d'excitation. Après l'accouchement, la somnolence persiste, ainsi que les phénomènes d'excitation caractérisés par des crises de loquacité verbale.

Les *paralysies oculaires* qui se sont montrées dès le début de l'affection subissent tout au long de la maladie des alternatives de rémissions et de reprises.

La *température* a revêtu des caractères particuliers : tout à fait irrégulière elle a présenté quelques poussées aiguës en clocher dans le premier mois, puis elle s'est continuée par une longue période d'oscillations variant de la normale à 40 et plus, sans que l'examen clinique de la malade ou les hémocultures aient pu révéler d'autre cause que l'affection en cours ; à d'autres moments la température est restée plusieurs jours de suite à un niveau uniforme.

L'intérêt particulier que présente ce cas réside dans le fait que l'encéphalite est apparue chez une femme enceinte, à la fin du sixième mois de la gestation.

L'examen rétrospectif de la maladie et de la grossesse nous

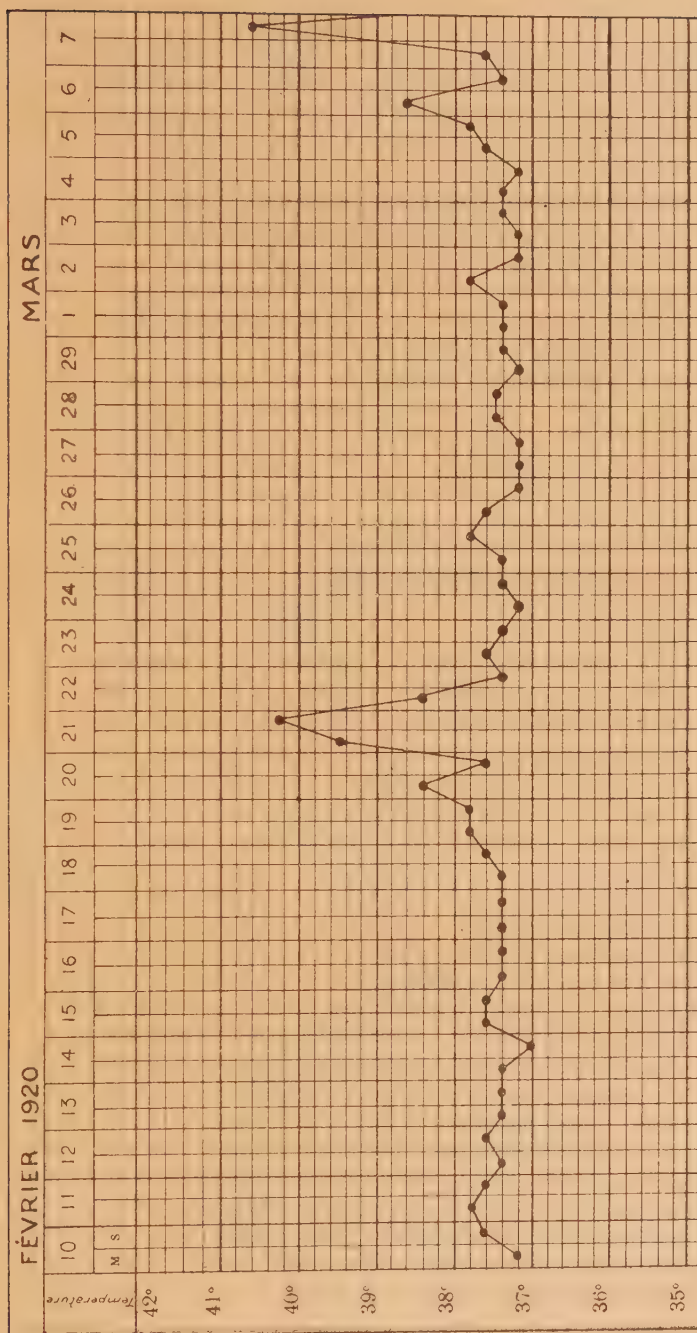
montre les particularités suivantes : l'encéphalite a duré pendant les trois derniers mois de la gestation, elle a continué son cours après l'accouchement, la malade n'étant pas guérie dix jours après avoir quitté la clinique Baudelocque. La malade présente encore à ce moment de l'hypersomnie et des secousses myocloniques.

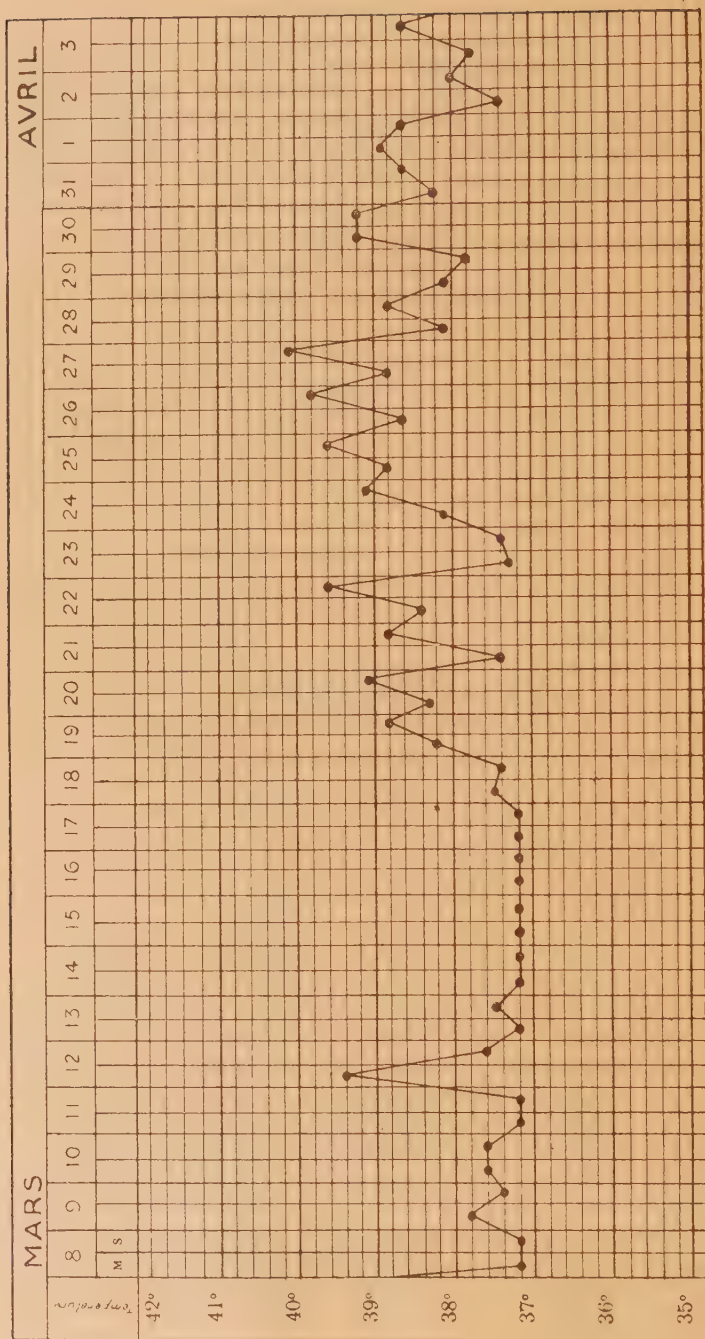
La maladie a évolué avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation dans tous ses symptômes et sans que la malade tombe jamais dans une léthargie grave.

La gestation d'autre part a suivi son cours normalement jusqu'au terme où la mère a donné naissance à une fille bien constituée pesant 3 k. 380 ; le travail et l'accouchement se sont fait normalement.

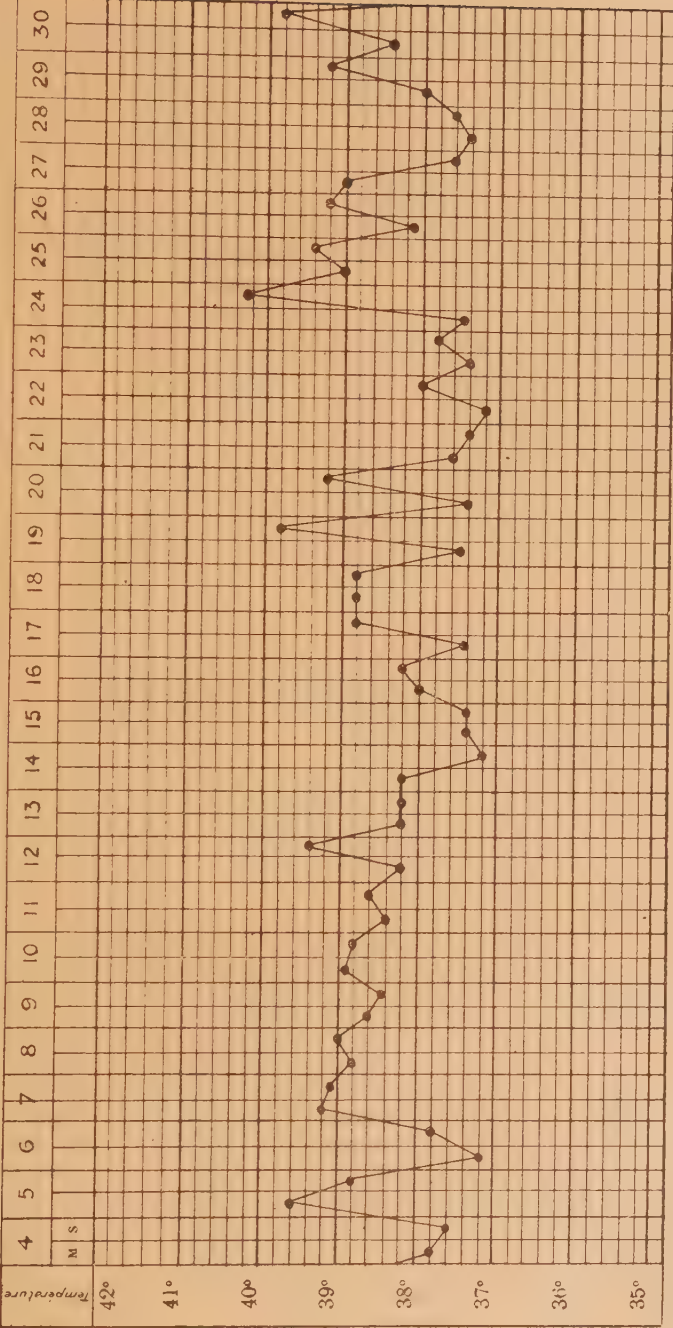
L'enfant a été élevée au sein ; en treize jours elle avait regagné son poids à la naissance ; elle n'a présenté pendant les treize jours où elle a pu être observée ni symptômes d'encéphalite, ni stigmatisme du côté nerveux. Neuf mois et demi plus tard elle était bien portante et bien développée.

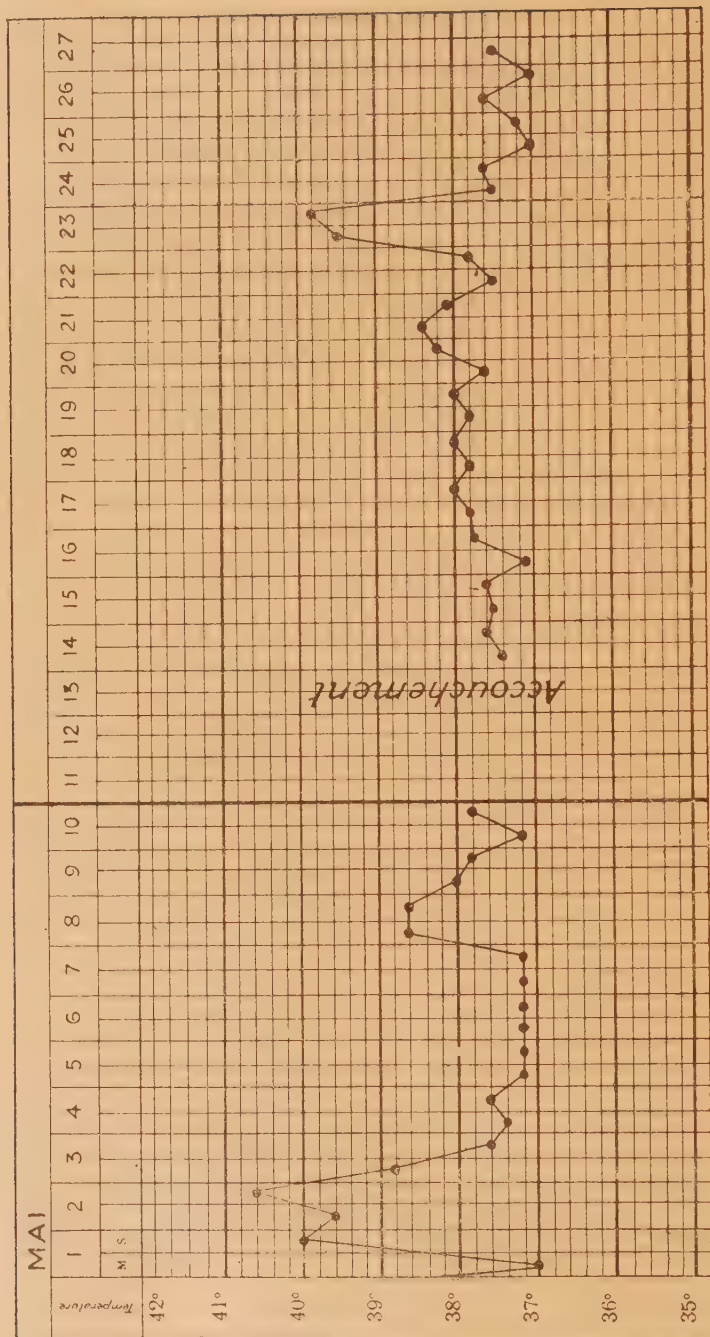
Nous pouvons donc dire en concluant qu'il s'agit d'un cas d'encéphalite léthargique avec myoclonies survenue chez une femme enceinte ; cette affection fut sans influence sur le cours de la gestation ; elle ne fut ni amendée, ni aggravée par l'accouchement ; elle n'a été cause au cours de la gestation d'aucune lésion pathologique du fœtus, d'aucun stigmatisme nerveux ou de débilité de l'enfant, et, enfin, elle n'a pas été transmise à ce dernier après sa naissance.





AVRIL





II. — OBSERVATIONS INÉDITES

OBSERVATION DE M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

(Observation 2)

(Résumé de l'histoire clinique.)

M^{me} H..., 30 ans, primipare est envoyée à la clinique d'accouchement de la Pitié par le D^r S..., parce qu'elle présente de la céphalée, de la constipation et un abattement depuis une dizaine de jours. Pas de température, sauf dans les premiers jours où elle est montée à 38°.

A. H. : néant. Parents bien portants ; frères et sœurs bien portants
A marché à 14 mois, toujours bien.
Réglée à 14 ans.

A. Path. : Rougeole à 5 ans. Grippe en 1919, assez grave. Grossesse actuelle, date des dernières règles : du 4 au 10 avril.

Le 23 décembre 1920. — A son entrée dans le service la malade présente de la céphalée, pas de raideur de la nuque, pas de Kernig. Ce qui frappe c'est son état de torpeur ; les paupières sont baissées sauf la paupière droite qui est entr'ouverte.

Lorsqu'on l'appelle, la malade entrouvre les yeux et regarde son interlocuteur. Néanmoins on remarque sa tendance à avoir la tête tournée toujours à gauche.

On pratique aussitôt une ponction lombaire ; elle donne issue à un liquide clair sous tension normale au Tensiomètre de Claude.

L'examen du liquide ne révèle rien d'anormal sauf un peu d'hyperalbuminose.

Le 24 décembre. — Nouvelle ponction lombaire ; on injecte 2 cc. d'Electrargol intrarachidien et on administre par voie buccale 1 gr. 50 d'urotropine.

Le 26 décembre. — Pas d'amélioration ; nouvelle injection intrarachidienne d'Electrargol ; le liquide céphalo-rachidien retiré est toujours normal.

Le 29 décembre. — On remarque une aggravation de la paralysie faciale qui n'était qu'ébauchée le jour de l'entrée ; la malade ne peut pas siffler, et elle présente nettement le signe de Charles Bell du côté droit ; signe du peaucier positif.

Légère hémiplegie droite, sans signe de Babinski.

On décide de faire à la malade une injection intraveineuse d'urotropine en solution isotonique à la dose de 10 cc.

Le 30 décembre. — Nouvelle injection intraveineuse d'urotropine. Etat stationnaire ; la température reste la même aux environs de 37,5.

Le 1^{er} janvier. — La paralysie faciale semble diminuer. L'état de torpeur qui s'était accentué les jours précédents, persiste. La malade n'a pas de paralysies des sphincters.

Du 1^{er} au 17 janvier. — La paralysie faciale diminue nettement en même temps que la torpeur tend à disparaître. La malade très présente répond aux questions qu'on lui pose.

Pendant cette période on a pratiqué quatre injections de novarzenobenzol à la dose de 0,20 centigrs, et administré de la quinine par voie buccale. Une éruption rouge d'aspect scarlatiniforme donnant à la malade des démangeaisons est apparue le 14 janvier ; la température qui était restée à la normale jusque là, monte à 39,4. Le pouls qui avait précédemment oscillé d'une façon constante entre 100 et 130 pulsations, monte à 152.

En deux jours la température retombe à la normale, le pouls descend à nouveau aux environs de 100 à 110.

Le 17 janvier. — A 8 h. : Douleurs du travail.

A 10 h. : Grand 2 francs.

A 17 h. 30 : *Accouchement artificiel à terme.*

Application de forceps en O. P. pour ralentissement des bruits du cœur.

Garçon de 3 k. 200 grammes.

Délivrance normale ; poids du placenta : 410 grammes.

Suites de couches : normales.

L'état général de la malade est très amélioré.

Enfant. — La courbe du poids de l'enfant, nourri au sein, a été la suivante :

Du 18 au 21 janvier. — Chute de 3.200 à 2.840.

Du 22 au 29 janvier. — Ascension lente à 2.970.

Le 30 janvier. — Chute à 2900.

Le 31. — Chute à 2.775 grammes.

Le 1^{er} février. — Reprise légère à 2.790 grammes.

La mère et l'enfant sortent le 2 février, en bonne santé.

Le 8 février. — L'enfant a été vu à la consultation externe de la clinique ; poids 2.890 grammes.

Le 12 février. — Nouvelle pesée à la consultation externe, poids : 2.980 grammes.

On a appris que l'enfant par la suite s'est alimenté de plus en plus mal, qu'il a présenté ensuite des vomissements à peu près continus, qu'il a maigri rapidement. Il est mort vingt-six jours après sa sortie de l'hôpital, environ six semaines après sa naissance.

* * *

OBSERVATIONS DE M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEMELIN

Observation A (obs. 3).

(Résumé de l'histoire clinique.)

M^{me} C... est passée le 20 avril 1920 d'un service de médecine à la Maternité de l'hôpital Lariboisière. Cette malade était soignée en médecine pour une encéphalite léthargique.

Elle avait consulté en médecine au septième mois de la grossesse ; on avait porté le diagnostic d'encéphalite léthargique.

Au huitième mois est apparue une paralysie faciale qui fut traitée par l'électricité.

Cette paralysie faciale persistait quand la malade entra dans le service de la Maternité. En dehors de ce symptôme persistant, l'état général était bon.

Réglée à 14 ans.

Une grossesse antérieure ; accouchement normal.

Grossesse actuelle : Dernières règles le 22 juillet 1919.

Le 20 avril, 9 heures. — Douleurs.

A 10 heures. — Rupture des membranes ; H. U. = 35 cm. ; Sommet O. I. G. A. ; dilatation 5 francs ; urines normales.

A 10 h. 50. — Expulsion d'un garçon vivant, accouchement spontané, à terme. Poids 3.250 grammes. Taille 49 centimètres.

Délivrance spontanée et complète. Poids du placenta : 580 grammes.

Après l'accouchement, la paralysie faciale persiste.

Suites de couches. — Normales.

La malade sortit de l'hôpital peu après son accouchement ; elle se portait bien ; son enfant se développait normalement.

La paralysie faciale ne s'amendant pas, la malade revint suivre régulièrement un traitement par l'électricité pendant plusieurs semaines.

* * *

Observation B (obs. 4).

M^{me} L... vient d'un service de médecine avec le diagnostic d'encéphalite.

Fausse couche de trois mois en mars 1919.

Grossesse actuelle : Dernières règles le 10 juin 1919.

Le samedi 9 avril 1920. — La malade a été atteinte dans l'espace de vingt-quatre heures d'un état grave, caractérisé par de la fièvre, de la somnolence, des paralysies oculaires extrinsèques, se caractérisant surtout par un ptosis bilatéral de la paupière supérieure.

Amenée le lundi à l'hôpital on porte le diagnostic d'encéphalite léthargique.

Actuellement. — On enregistre les symptômes suivants : état fébrile (température oscillant de 38 à 39) ; depuis lundi : état d'agitation et délire tantôt tranquille, tantôt plus violent, continu, diurne et surtout nocturne ; paroles incohérentes ou parfois phrases entières correspondant à une idée passagère à laquelle succèdent sans lieu d'autres phrases et d'autres idées. La malade répond aux questions, obéit aux injonctions énergiques.

On observe de la carphologie, des simulacres de tirer l'aiguille, de prendre quelqu'un dans les bras.

Pas de somnolence.

Strabisme divergent œil gauche. Existait-il auparavant du stra-

bisme ? La malade prétend qu'elle y voyait très bien avant, tandis qu'il semble y avoir actuellement de la diplopie (interrogatoire difficile).

Une ponction lombaire qui avait été pratiquée, révéla : une lymphocytose d'abondance moyenne, sans hyperalbuminose.

Le 15 avril. — A 16 heures : premières douleurs ; rupture de la poche des eaux.

A 16 h. 30. — OIGA engagée. Bruits du cœur normaux.

Le 16 avril à 4 h. 1/2. — Accouchement spontané à terme.

Fille vivante. Poids 2.600 grammes. Taille 48 centimètres.

A 6 h. 1/2. — Délivrance naturelle et complète.

Poids du placenta : 600 grammes.

La malade, très agitée, est passée salle Siredey dès le lendemain de son accouchement.

Redevenue calme quelques jours après elle est passée à nouveau dans le service de la Maternité.

La malade quitte l'hôpital quelque temps après, allant mieux, son enfant se développant normalement.

* * *

OBSERVATION DE M. CATHALA

(Observation 5.)

(Résumé de l'histoire clinique.)

La femme H..., enceinte, à terme et en travail, entre à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis le 7 février 1920. Elle a eu en 1911 une première grossesse qui s'est terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant du sexe masculin ; deux autres grossesses, l'une en 1911, l'autre en 1914 se sont terminées par des avortements.

La femme ne se souvient d'aucune maladie grave antérieure. Les dernières règles ont eu lieu le 27 avril 1919 ; la grossesse n'a rien présenté de particulier.

Les premières douleurs ont apparu le 7 février à 8 heures du matin.

A son entrée, à 15 heures, la femme paraît fatiguée et son état général ne semble pas très satisfaisant à la sage-femme de garde. Les contractions utérines sont assez fréquentes ; la dilatation est d'une

paume de main ; les membranes sont rompues ; le fœtus, vivant, se présente en OI DP.

A 16 heures, la femme *accouche spontanément* d'un enfant du poids de 2.650 grammes.

La délivrance s'effectue normalement ; le placenta pèse 320 grammes.

Le 8 février. — Le lendemain, à la visite, on remarque que l'accouchée reste inerte dans son lit ; elle répond à peine quand on l'interroge et elle ne fait aucun effort pour donner le sein à son enfant.

Le 9 février. — La femme est à peu près dans le même état que la veille ; on pense à une encéphalite léthargique. L'accouchée est en effet assoupie, somnolente, indifférente à ce qui se passe autour d'elle. Son immobilité est à peu près absolue ; son facies est figé ; les yeux sont mi-clos, les paupières tombantes ; le ptosis est un peu plus marqué à gauche. Les yeux restent fixes ; il existe un léger strabisme convergent et il semble qu'il y ait une légère parésie faciale gauche.

L'état de somnolence va en croissant jusqu'au 15 février.

Du 12 au 15 février. — On note un peu de raideur de la nuque et une ébauche de catatonie, de la tête et des membres. Les réflexes tendineux, normaux jusqu'au 10 février, sont trouvés ensuite diminués. Le 13, le 14 et le 15 on note le signe de Babinski à gauche, le signe d'Oppenheim à droite. Le 12 février, on prend la tension artérielle, on trouve : 18-8. Dans le liquide céphalo-rachidien prélevé par ponction lombaire, on trouve : albumine 0,30 centigr. ; lymphocytes 25.

Même au moment où la somnolence fut la plus accentuée, quand on interrogeait la malade, elle entendait, comprenait et, après un retard de quelques secondes, elle répondait avec lucidité sans se départir de son immobilité ; quand on lui demandait si elle souffrait, elle répondait que non, mais qu'elle était très fatiguée.

A partir du 15 février. — Les phénomènes s'atténuent, la malade sort de sa torpeur, elle mange et boit seule, sans aide, et s'assied sur son lit. La température qui n'a d'ailleurs jamais dépassé 38°, s'abaisse progressivement ; le pouls dont le maximum atteignit 100 pulsations le 13 et le 14, revient peu à peu à la normale.

Le 20 février. — L'accouchée s'intéresse à sa maladie et répond parfaitement bien aux questions qu'on lui pose. Elle raconte qu'elle

a eu le 1^{er} février une infection qualifiée « grippe » par un médecin, et qui se serait manifestée par une rachialgie assez vive, des bourdonnements de l'oreille gauche, puis à l'oreille droite, des brouillards devant les yeux et, par instants, de la diplopie. Elle restait alitée, car lorsqu'elle tentait de se lever, elle avait du vertige et du tremblement, mais elle n'avait ni fièvre, ni coryza, ni angine, ni bronchite. Elle dit qu'elle ne dormit pas les jours qui précédèrent l'accouchement.

Depuis son entrée à l'hôpital, elle a gardé le souvenir de son changement de salle, le troisième jour, quand elle fut transportée à l'isolement. Elle se rappelle son assoupissement et dit : « Je me souviens que tout le monde disait que je dormais et pourtant, je ne dormais pas, mais j'étais très fatiguée ».

Le 23 février. — La malade quitte la Maternité, parfaitement guérie. L'enfant, nourri au sein, a augmenté normalement de poids, né pesant 2.650 grammes, il pèse 2.875 grammes à la sortie, le 15^e jour après sa naissance.

* * *

OBSERVATIONS DE M. DEVRAIGNE

Observation A (obs. 6)

(Résumé de l'histoire clinique)

Une femme, primipare, enceinte de trois mois fut prise de phénomènes manifestant une intoxication grave. La malade fut à ce moment-là examinée par M. Demelin, qui, s'absentant, la confia à M. Devraigne.

Les phénomènes graves du début se maintinrent accompagnés de vomissements qui devinrent fréquents et qui demeurèrent rebelles à toute thérapeutique. A ces symptômes se surajouta de l'agitation et une insomnie absolue telle que la malade fut environ vingt jours de suite sans dormir. A ce moment apparurent des phénomènes de contracture et des secousses musculaires. Le diagnostic d'encéphalite fut confirmé par M. Netter.

Après un mois de thérapeutique suivie et malgré un abcès de fixation, la parturiente mourut au 5^e mois de la gestation sans avoir avorté.

Observation B (obs. 7.)

(Résumé de l'histoire clinique).

Une femme, primipare, à 7 mois et demi de gestation est prise de torpeur et de somnolence. Les urines ne contenaient pas d'albumine ; la gestation avait été normale jusque-là.

Progressivement et assez rapidement la torpeur devint plus accentuée.

Malgré le traitement institué pour combattre l'encéphalite léthargique la torpeur devint profonde et la malade mourut sans avoir accouché quatre semaines environ après le début apparent de l'affection.

III. — OBSERVATIONS ANTÉRIEUREMENT PUBLIÉES

A. — En France

OBSERVATION DE MM. COUVELAIRE ET TRILLAT

(Observation 8).

Madeleine P..., dix-huit ans, cloueuse. Primipare. Entrée à la clinique Baudelocque le 29 janvier 1919, à 15 heures.

Rien à noter dans ses antécédants héréditaires. Ses parents sont vivants. Elle a eu trois frères dont deux sont vivants et un a été tué pendant la guerre.

Antécédents personnels : a été élevée au sein maternel, a marché à un an. Réglée à treize ans régulièrement, durée : quatre jours.

A l'âge de seize ans aurait eu des « plaies » au niveau des deux jambes ; ces plaies ont mis dix mois à se cicatriser et ont laissé des cicatrices arrondies : cinq blanches, les autres pigmentées à la périphérie. Ces lésions sont apparues avant tout rapport sexuel.

L'examen du squelette ne révèle pas d'autres altérations que l'absence d'appendice xyphoïde et des crênélures des deux tibias.

PREMIÈRE GESTATION. — Dernières règles du 24 au 28 avril 1918. N'a pas été examinée au cours de sa gestation.

Légère atteinte de grippe en novembre 1918.

A son entrée à la clinique : Pas d'albumine dans les urines. Hauteur utérine 33 centimètres. Présentation du sommet en OI DP. Bruits du cœur normaux. Membranes intactes. Dilatation : grande paume de main. Température 36°,8. Pouls 76.

ACCOUCHEMENT spontané le 29 janvier 1919 à 16 h. 10. La dilatation a duré sept heures cinquante et l'expulsion cinquante minutes. L'enfant, vivant, du sexe masculin, pèse 3 kil. 350 et le placenta 600 grammes. Ce dernier sans particularités. Légère déchirure périnéale.

SUITES DE COUCHES. — 30 janvier : on ne note rien de particulier.

31 janvier. — L'infirmière a remarqué du ptosis de la paupière droite. Pas de modification de l'état général. Appétit normal. Température 36°,5. Pouls : 76.

1^{er} février. — Ptosis persistant à droite. Légère somnolence, pas de céphalée. Le soir la température monte à 38°, le pouls à 110. Relâchement du sphincter anal.

2 février. — La femme est dans un état de somnolence continu, même lorsqu'on lui a mis son enfant au sein. Elle ne se réveille que pour prendre ses repas ou lorsqu'on lui parle ; elle n'accuse d'ailleurs aucun malaise et dit ne pas souffrir. Le ptosis de la paupière droite est très marqué. La malade ne retient pas ses matières fécales. Température 37°. Pouls 90.

3 février. — La somnolence est continuelle. Incontinence complète des matières. Le ptosis est moins accentué. Pas de céphalée. La malade répond aux questions posées et dit ne pas être malade.

Du côté de la face : pupilles normales, réagissant bien à la lumière. Nystagmus marqué des deux côtés, ptosis à peine marqué, plutôt paresse dans les mouvements de la paupière ; la mobilisation des paupières des deux côtés est possible ; pas de raideur de la nuque, pas de déviation de la bouche.

Membres supérieurs : légère maladresse dans les mouvements, avec un certain degré de contracture facilement vaincue. Sensibilité conservée. Réflexes exagérés.

Membres inférieurs : la malade a tendance à placer ses jambes en

légère flexion quand on la fait asseoir ; il y a donc une ébauche de Kernig. La recherche du réflexe de Babinski donne les résultats suivants : à droite, le gros orteil reste immobile ; à gauche, il y a ébauche d'extension du gros orteil et flexion des petits orteils. La sensibilité est conservée, la malade se plaint de douleurs vagues.

Tronc : pas de contracture abdominale ni lombaire.

Le pouls bat à 110, bien frappé. La tension artérielle prise au Pachon donne 16 de maxima et 9 de minima. La respiration est régulière, 28 mouvements par minute. Pas d'albumine.

Devant l'ensemble des symptômes présentés, qui réalisent le syndrome et « l'encéphalite léthargique », on demande à M. CHATELIN, chef de clinique du professeur PIERRE MARIE, d'examiner la malade et voici le résultat de son examen pratiqué le 3 février à 17 heures.

Raideur très prononcée des quatre membres qui sont comme englués, très légère raideur de la nuque, très légère douleur bilatérale réveillée par l'hyperflexion. Ptosis variable de la paupière droite ; légère parésie faciale droite cédant la place, par moments, à de la contracture. Somnolence.

Examen du sang. — Wassermann : négatif (T. : 8°). Hémoculture : négative.

Examen du liquide céphalo-rachidien. — Liquide notablement hypertendu, sort en jet continu pendant la ponction. Aspect complètement normal.

Wassermann : négatif (T. : 8°).

Albumine : 0,35 par litre.

Lymphocytose : 2,9 éléments par millimètre cube.

4 février. — Température 37°,6 le matin. Pouls à 120. Nuit calme. Réflexes lumineux normaux. Pas d'inégalité pupillaire. Réflexe à l'accommodation conservé. Champ visuel paraît normal.

Après quelques minutes d'examen, le réflexe à l'accommodation n'était plus perceptible à gauche, toujours net à droite.

Nystagmus de la paupière et de l'iris, celui-ci gêne la recherche du réflexe à l'accommodation.

Le signe de Babinski est nettement positif : réflexe plantaire en extension et éventail aussi net que possible des deux côtés et uniquement par excitation du bord externe de la plante. Pas de trépidation epileptoïde.

Pas de ptosis, alors que quelques minutes avant un ptosis complet à droite avait été constaté.

5 février. — Examen de M. CHATELIN. *Paupières* : la paupière droite est complètement tombante ; si on la relève mécaniquement, elle reste relevée pendant tout l'examen, mais incomplètement. La malade affirme n'avoir eu à aucun moment de diplopie.

La paupière gauche présente un ptosis très léger.

Face : du côté de la face, il semble exister un léger spasme facial droit, particulièrement net au niveau de l'œil, du nez et de la lèvre supérieure droite.

Quand la malade montre les dents, l'ouverture de la bouche est asymétrique et elle s'ouvre beaucoup mieux dans la moitié droite que dans la moitié gauche.

La recherche de la contraction des peaussiers est impossible.

Le réflexe massétérin est particulièrement vif (au moment de l'examen, la malade a tendance à dormir et ferme les yeux).

Si on demande à la malade d'ouvrir la bouche, elle le fait difficilement sans qu'on puisse parler de vrai trismus, parce qu'elle arrive finalement à écarter les dents suffisamment pour laisser passer la langue. Si on essaye d'ouvrir de force la bouche, il se produit un trismus vrai. L'examen du voile du palais est rendu impossible par ce trismus.

Les réflexes à la lumière et à l'accommodation sont normaux.

Les réflexes ostéo-tendineux sont tous vifs aux membres supérieurs et inférieurs ; peut-être plus aux membres supérieurs.

Contraction idio-musculaire vive et brusque de tous les membres.

Pas de myotonie.

Raideur généralisée, surtout dans le sens de la flexion. Quand on met le bras en extension complète, il a tendance à se remettre en flexion à certains moments.

Le réflexe plantaire : normal à gauche, éventail et secousse d'extension du gros orteil à droite.

Signe de Kernig : positif quand on asseoit la malade.

Tendances catatoniques peu marquées aux membres supérieurs.

Pendant cet examen, la malade respire bien, mais elle tousse fréquemment. Elle n'a aucun trouble actuel de la déglutition.

5 février. — A 16 heures, le ptosis de la paupière droite est très

marqué. Pour la première fois on observe la perte des urines. Début d'ecchymose talonnière bilatérale.

Deuxième ponction lombaire : liquide de limpidité normale, sans hypertension. Légère augmentation des leucocytes attribuable à la première ponction. Albumine non augmentée. Pas de germes à l'examen direct ; culture négative.

Examen du sang, urée : 0,576 par litre.

Température : 37°,9 le matin, 38°,6 le soir.

6 février. — A 10 heures, température 38°9. Pouls à 140. Malade très somnolent.

Hémiplégie très nette de la face à droite. Ptosis persistant de la paupière droite ; ptosis léger à gauche. Sous les paupières fermées on perçoit le nystagmus. Respiration sufflante, 36 par minute.

Raidement de la nuque plus marqué que la veille.

Signe de Kernig très marqué, surtout à gauche.

Tous les mouvements passifs sont douloureux aux membres supérieurs.

Les mouvements actifs des membres supérieurs sont douloureux à droite.

Les ecchymoses talonnières dues à la stase ont un peu augmenté de dimensions.

Les réflexes rotuliens et olécranien à peu près normaux à droite et vifs à gauche.

Réflexe lumineux normal à gauche, paresseux à droite.

Réflexe à l'accommodation net à droite.

Pendant la durée de l'examen, la malade tousse quelquefois ; cette toux très grasse paraît due à de grosses mucosités que la malade n'expectore pas et déglutit visiblement.

A 17 heures : Pouls à 160. Température 40°,4. Respiration : 34, irrégulière avec pauses d'environ deux secondes.

7 février. — A 8 h. 30 : Température 40°,9. Pouls à 150. La malade est moins abattue, elle répond facilement, sans effort apparent, aux questions qui lui sont posées. Ptosis persistant à droite, très léger ptosis à gauche.

Respiration bruyante, mais régulière, 40 respirations à la minute. Incontinence d'urine dans la nuit. Début d'escarres sacrées.

Eruption sudorale aux membres inférieurs (macules rosées) et à la partie antéro-supérieure du thorax (macules et vésicules).

Troisième ponction lombaire : liquide d'aspect normal, sans hypertension. Pas de germes à l'examen direct. Cultures négatives.

Examen chimique du liquide céphalo-rachidien. Urée : 0 gr. 822 par litre. Glucose : traces.

Albumine sérine : traces très faibles. Globuline : traces.

Examen du sang : hémoculture négative.

16 heures : Foyer de congestion pulmonaire au lobe supérieur gauche. Matité dans la région scapulaire. Souffle tubaire en arrière au niveau de l'épine de l'omoplate. Dans l'aisselle, râles sous-crépitaunts fins. Rien au poumon droit.

8 février. — A 8 heures : Température 41°5. Pouls 160. Etat très grave, préagonique. Lèvres cyanosées. Mouvements carphologiques et contractions fibrillaires.

Matité et souffle tubaire à la base gauche en arrière avec couronne de râles sous-crépitaunts fins. Le foyer du lobe supérieur a complètement disparu. Rien au poumon droit.

La malade ne répond plus que faiblement et difficilement aux questions posées.

11 heures. Pouls 180, régulier, très faible.

13 h. 20. Mort.

L'enfant s'est développé d'une façon normale. Il ne présenta aucun symptôme pathologique. Pendant les trois premiers jours, il tète le sein maternel qui donne à chaque tétée environ 20 grammes. On complète les tétées avec du lait stérilisé coupé par moitié.

Les selles sont jaunes. Pendant les cinq premiers jours on note une hypothermie notable, température rectale : 35°. Après un bain réchauffant (38 à 40°), la température s'élève à 35°8-35°9. A partir du sixième jour, la température est supérieure à 36°, mais n'atteint pas 37°.

L'enfant est nourri au biberon. Les selles sont normales. La courbe de poids est normale.

L'enfant était vivant et bien portant en décembre 1919.

AUTOPSIE.

AUTOPSIE, le 10 février à 9 heures, sous la direction de M. CHATELIN.

Cerveau et moelle : rien macroscopiquement.

Poumons : foyer de broncho-pneumonie pseudo-lobaire à la base gauche.

Foie : Infiltration graisseuse sous-corticale très limitée.

Rate : normale.

Rein droit : pus dans le bassin.

Rein gauche : pus dans le bassin.

Cœur : normal ; orifices normaux.

Appareil génital : aspect macroscopique normal.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL (Laboratoire de la Salpêtrière, service du Professeur PIERRE MARIE).

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une *polio-encéphalite aiguë diapédétique et dégénérative*.

Les phénomènes inflammatoires extrêmement diffus intéressent avec prédilection la substance grise, la substance blanche se trouvant parfaitement respectée.

Il s'agit d'une infiltration inflammatoire périvasculaire et parenchymateuse avec, par endroits, dégénérescence des éléments nobles. On trouve les espaces lymphatiques adventitiels remplis de leucocytes de différentes variétés ; de là l'infiltration gagne le parenchyme voisin et même s'étend loin des vaisseaux.

Les parois vasculaires ne semblent pas altérées, pas de prolifération nette de l'adventice, pas d'extravasations sanguines. Du côté du tissu nerveux on observe soit une intégrité relative des éléments nobles, soit, au contraire, une dégénérescence aiguë hyaline ou une neurophagie intense des cellules nerveuses.

Topographie des lésions : Les lésions inflammatoires atteignent leur maximum d'intensité au niveau des *pedoncules cérébraux* et des *ganglions gris centraux*. De là ils gagnent, tout en s'atténuant : en bas, la protubérance et le bulbe ; en haut, l'écorce cérébrale et le cervelet dans sa totalité.

Au niveau des *pedoncules cérébraux* : on observe une destruction complète des cellules du *locus niger*, neuronophagie et dégénérescence

hyaline d'un certain nombre de cellules du noyau rouge et une forte infiltration de la substance grise centrale et du noyau de la III^e paire, mais sans lésions dégénératives appréciables.

Au niveau du plancher du IV^e ventricule, l'infiltration est très discrète ; elle est plus marquée dans les noyaux du pont et l'olive bulbaire.

La moelle paraît indemne.

Le processus pathologique est très intense et destructif au niveau des *ganglions gris centraux*. La couche optique, le noyau lenticulaire et le noyau caudé sont intéressés d'une façon à peu près égale.

Plus haut on rencontre encore des nodules inflammatoires disséminés dans les circonvolutions de l'insula et de la corne d'Ammon ; mais surtout un fort œdème qui gagne même la région frontale. Au contraire, le lobule paracentral et le mucus sont parfaitement respectés.

Le cervelet est pris dans sa totalité ; une infiltration discrète s'observe dans les olives et dans l'écorce même du cervelet.

Les méninges sont œdématisées et dans l'épaisseur des sillons on rencontre de nombreux leucocytes.

En résumé : vaste foyer d'inflammation aiguë périvasculaire et parenchymateux atteignant les pédoncules cérébraux et les ganglions de la base, diffusant vers la protubérance et le bulbe d'une part, l'écorce cérébrale et le cervelet de l'autre.

Les lésions que nous venons de décrire sont bien celles qui ont été décrites dans l'encéphalite léthargique ; mais la particularité que présente ce cas consiste dans la *généralisation des phénomènes inflammatoires qui intéressent l'écorce cérébrale et le cervelet*.

Le résumé chronologique des symptômes observés fera mieux comprendre l'évolution de la maladie.

Le 29 janvier, à 16 heures, accouchement spontané. Etat de santé paraissant normal.

Le 31 janvier : Ptosis léger de la paupière droite.

Le 1^{er} février : Légère somnolence. Ptosis persistant de la paupière droite. Température à 38° le soir. Incontinence des matières fécales.

Le 3 février : Somnolence continue. Ptosis de la paupière droite. Pas de douleurs. Le diagnostic d'encéphalite léthargique est porté.

Le 4 février : Ptosis intermittent de la paupière droite. Accélération du pouls à 120. Nystagmus. Hypersomnie.

Le 5 février : Contracture des masséters. Ptosis marqué à droite. Raideurs musculaires généralisées. Incontinence des urines. Température monte à 38°,6.

6 février : Ascension thermique à 40°,4 le soir. Contracture généralisée.

7 février : Escarre sacrée. Matité et souffle à la base droite. Pouls à 160.

8 février : température : 41°. Foyer de broncho-pneumonie à gauche. Sub-coma. Mort à 13 h. 20. L'autopsie confirme le diagnostic.

Ce cas représente un des derniers de la petite épidémie d'encéphalite léthargique qui fut observée à Paris de 1917 à 1919.

La triade symptomatique y est au complet. Somnolence caractéristique. Paralysies oculaires frappant surtout la III^e paire avec alternatives d'amélioration et d'aggravation. Etat fébrile à apparition un peu tardive, mais progressif et sans rémission.

A côté des autres manifestations symptomatiques accessoires (troubles moteurs, troubles de la sensibilité, escarres), nous insistons seulement sur « l'état psychique » qui fut remarquablement conservé : Dans l'intervalle du sommeil vrai, pendant les périodes de somnolence, notre malade répondait avec netteté aux questions posées ; elle affirmait ne pas souffrir, se sentir en bon état et à certains moments on aurait pu douter du diagnostic si un examen plus approfondi n'avait révélé le ptosis, les contractures et les escarres.

Notons les résultats négatifs donnés par les ponctions lombaires, les réactions de Wassermann et les hémocultures.

L'enfant ne présenta aucun trouble ; élevé au biberon dès le troisième jour, sa courbe de poids fut normale. Il a échappé à la contagion.

Les lésions d'encéphalite ont présenté dans le cas que nous avons observé cette particularité qu'elles siégeaient non seulement dans le mésocéphale, mais s'étendaient à l'écorce cérébrale et au cervelet.

La puerpéralité ne semble pas pouvoir être mise en cause comme facteur étiologique ; on ne peut guère non plus la considérer comme un élément d'aggravation dans une affection qui entraîne, d'après la statistique de M. NETTER, une mortalité de 35 p. 100.

OBSERVATION DE M. ANDERODIAS

(Observation 9).

X..., 25 ans, domestique, pupille de l'assistance publique, entre à la Maternité de Pellegrin vers le milieu du mois de décembre 1919. Elle est enceinte d'environ huit mois, ayant eu ses dernières règles du 16 au 20 avril. Son hospitalisation est nécessitée par des douleurs très vives à la face postérieure de la cuisse gauche. Quant à la grossesse, elle évolue tout à fait normalement.

Les premiers mois se sont écoulés avec les quelques ennuis habituels du début, vomissements biliaires et alimentaires et légère constipation; le ventre s'est normalement développé, et le fond utérin est maintenant à 28 centimètres du pubis; le fœtus est en O. I. D. P., tête engagée. Pas d'albumine dans les urines. Des examens répétés faits les jours suivants n'ont pas permis d'en déceler jusqu'à la fin du mois.

Mon attention est donc surtout attirée par les douleurs ressenties au niveau de la cuisse; ce sont des douleurs assez intenses qui surviennent sous forme d'élançements et siègent à la région postérieure du membre, à peu près dans la zone du nerf sciatique; la pression à ce niveau est un peu douloureuse, mais l'exploration du reste du trajet du sciatique reste négative. Les jours suivants, la douleur s'étend à tout le membre, depuis la fesse jusqu'au pied, et, à ce moment le trajet du sciatique est douloureux à la pression (points rétro-trochantérien, face postérieure de la cuisse, col du péroné, face postérieure du mollet, etc...).

La malade ne présente pas d'élévation de température.

Jusqu'à présent j'avais pensé qu'il s'agissait d'une vulgaire crise de névralgie sciatique, comme il s'en présente assez souvent au cours de la grossesse; mais le 18 on vit apparaître toujours au membre inférieur gauche, des mouvements spasmodiques, qui, ayant débuté par la cuisse, gagnèrent la jambe et le pied en quelques heures, gênant ainsi notablement la marche.

Les réflexes rotulien et achilléen sont notablement augmentés à gauche, et très brusques; le signe de Babinski est positif. A droite, les réflexes rotulien et achilléen sont très légèrement augmentés; le Babinski est négatif.

L'exploration de la sensibilité objective ne révèle rien d'anormal.

L'examen des autres organes reste négatif ; colonne vertébrale normale ; ni déformation, ni point douloureux.

20 décembre. — Les douleurs paraissent perdre de leur acuité à gauche, mais font leur apparition au niveau de la cuisse droite. Une ponction lombaire pratiquée ce jour-là, donne issue à un liquide eau de roche, hypertendu, dont on laisse écouler une dizaine de centimètres cubes, sans que la vitesse d'écoulement diminue sensiblement. L'examen cytologique du liquide ne révèle la présence d'aucun élément cellulaire.

22 décembre. — Les douleurs diminuent, mais les mouvements spasmodiques persistent à gauche et font leur apparition à droite, en même temps que les réflexes augmentent d'intensité ; le Babinski devient positif ; pour la première fois, la température monte à 37,3.

Pendant la nuit la malade est agitée et se lève : elle a des hallucinations, voit des animaux et va dans les chambres de ses voisines. Vers le matin on remarque qu'elle a les lèvres tuméfiées, des traces de morsures de la langue ; son traversin est taché de sang, et son lit est souillé d'urine et de matières fécales. Il semble bien que la malade ait fait pendant la nuit une crise épileptiforme, mais personne ne l'a vue.

Les jours suivants, quelques mouvements spasmodiques font leur apparition aux membres supérieurs. Température : 38.

26 décembre. — Les mouvements apparaissent au niveau de l'abdomen, ce sont des contractions intermittentes des muscles de l'abdomen, se produisant toutes les quatre ou cinq secondes.

Voyant l'état de la malade s'aggraver, et désirant avoir l'avis de quelqu'un de compétent, je fais transporter la malade dans le service du Professeur PITRES suppléé par le Professeur agrégé CRUCHET. Malheureusement, au bout de deux jours, on nous la renvoyait sans avoir été examinée, un élève du service ayant pensé, à la contre-visite qu'elle était susceptible d'accoucher dans la salle.

Le 29 décembre. — Quand elle revient à nous l'état paraît le même ; nous remarquons cependant au niveau de la région trochantérienne gauche, un placard rouge vif, induré, de consistance irrégulière, non fluctuant, avec deux petites ulcérations de 1 centimètre de diamètre environ, arrondies, à fond grisâtre, et laissant écouler une petite quan-

tité de liquide sanieux. Est-ce un placard purement inflammatoire ? Il semble plutôt qu'on ait affaire à un début d'escarres. Cela coïncide avec un état général qui devient mauvais ; la malade ne se nourrit pas.

Le 31 décembre. — Après avoir présenté la veille quelques vomissements de suite après avoir mangé, la malade est prise à 7 heures du matin, brusquement, de crises convulsives, ayant un peu l'allure de crises éclamptiques, mais s'accompagnant d'évacuation des urines et des matières fécales. Il y a huit crises de 7 heures à 11 heures et la malade reste dans un demi-coma ; la température varie entre 36,6 et 37,3, le pouls entre 120 et 140. La tension artérielle prise dans l'intervalle des crises est : maximum 15, minimum 10. Urines albumineuses.

Il est assez difficile de porter le diagnostic d'éclampsie vraie ; cependant, on fait une saignée de 300 grammes et on donne une purgation à l'eau-de-vie allemande. Le soir, 9^e crise ; température : 37.

Le 1^{er} janvier. — Dans la matinée, 10^e crise et dernière crise. Température : 47,4. La malade est agitée, avec intervalles de somnolence. Tension artérielle difficile à prendre ; maximum 13 à 14, minimum 9 à 10.

Le 3 janvier. — Les mouvements spasmodiques ont beaucoup diminué d'intensité. Ils sont maintenant limités aux muscles de l'abdomen et des cuisses : une contraction des muscles larges de l'abdomen se produit brusquement d'un seul côté, avec flexion légère de la cuisse du même côté, puis quelques secondes après, survient une contraction semblable du côté opposé, réalisant ainsi une forme rythmique, presque pendulaire.

Les réflexes rotuliens sont redevenus normaux des deux côtés, les réflexes plantaires sont en flexion, à droite. Pas de troubles de la sensibilité objective ou subjective ; pas de troubles oculaires.

Toujours rien d'anormal au point de vue obstétrical.

Très léger trouble urinaire au Tanret.

Des escarres se montrent au niveau du sacrum.

Le Professeur agrégé Cruchet, sur ma demande, vient examiner la malade, et, après un long et soigneux examen, conclut à des troubles encéphalo-myélitiques diffus, analogues à ceux qu'il a vus depuis 1917, et qu'on signale un peu partout depuis lors. Cette forme est surtout

myélitique, car les paralysies oculaires et la léthargie font défaut. C'est une forme myoclonique, qui paraît avoir quelque liens de parenté avec la chorée électrique de Dubini.

Le 9 janvier. — L'état général devient moins bon ; les douleurs lancinantes ont reparu aux membres inférieurs ; ces douleurs sont suivies d'un mouvement brusque de flexion modérée de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse ; les contractions abdominales ont diminué d'intensité et de fréquence.

Les escarres trochantériennes et sacrées sont plus profondes et s'infectent, la malade enlevant ses pansements de suite après leur application. Des démangeaisons apparaissent à la partie antérieure des jambes et sur le dos des pieds ; elles sont si intenses que la malade se gratte, s'écorche et saigne. Température : 38.

Depuis quelques jours, l'état mental devient moins bon ; aussitôt qu'on lui adresse la parole, la malade se met à geindre et à pleurer. Amaigrissement, traits tirés.

Dans la nuit du 10 au 11, la malade perd les eaux et entre en travail. Les contractions ne doivent pas être très douloureuses, car elle ne se plaint pas ; elle ne prévient du reste personne qu'elle souffre, et si une de ses voisines de salle ne s'était aperçue qu'elle était en travail et n'avait prévenu la sage-femme de garde, peut-être l'accouchement serait-il passé inaperçu.

Accouchement spontané d'une fille bien constituée de 2 kgs 750. Durée approximative : dix à onze heures. Déchirure ayant nécessité deux points de suture. Délivrance normale.

Après l'accouchement, on constate que l'état général et local est le même ; les douleurs dans les membres inférieurs sont aussi vives sous forme d'élancements violents et s'accompagnent de demi-flexion brusque des membres ; les contractions des muscles abdominaux sont moins prononcées. Le poulx se maintient aux environs de 150, et la température à 37.

Le 12 janvier. — Les démangeaisons qui existaient au niveau des deux jambes sont moins intenses, mais on voit apparaître au niveau de celles-ci des éléments de pyodermite bulleuse, due sans doute à des lésions de grattage infectées ; ces bulles s'arrêtent au-dessus du genou des deux côtés. Les escarres fessières et trochantériennes s'agrandissent.

Le 15 janvier. — Même état général. La malade commence à larmoyer et à pleurer aussitôt qu'on lui parle. Les douleurs au niveau des cuisses et des jambes sont moins violentes et se localisent surtout maintenant au niveau de la face plantaire des orteils. Les mouvements cloniques sont beaucoup moins étendus ; les démangeaisons ont disparu. Réflexes plantaires en extension à gauche, indifférents à droite. La malade, agitée, se remue continuellement, geint, pleure, se lève, s'assied. Elle se plaint de ne pas dormir et ne repose que grâce à une potion de bromure et chloral.

Depuis deux jours, la température oscille entre 37°,5 à 38° ; le pouls autour de 120, avec des pointes à 160.

16 janvier. — Les douleurs ont passé des orteils aux genoux ; ces douleurs s'accompagnent toujours de la contracture des muscles abdominaux, avec légère flexion de la cuisse sur l'abdomen, de la jambe sur la cuisse et du pied sur la jambe. Ces mouvements persistent pendant le sommeil.

19 janvier. — Pour essayer de combattre les douleurs et les contractures, on injecte sous la peau 20 centimètres cubes d'une solution à 4 % de chloral dans du sérum physiologique. L'injection est un peu douloureuse. Dans la journée, il semble que mouvements et douleurs sont moins vifs, mais dès le lendemain, ils reprennent leur acuité première.

24 janvier. — L'état de la malade s'aggrave sensiblement ; les suites obstétricales étant normales, je la fais transporter à l'hôpital Saint-André dans le service du Professeur Verger.

Après un semblant d'amélioration durant quelques jours, une aggravation survient bientôt et emporte la malade quelques semaines plus tard.

* * *

OBSERVATION DE MM. COMMANDEUR ET EPARVIER

(Observation 105)

(Résumé de l'histoire clinique.)

Il s'agit d'une jeune femme de 16 ans, qui ne présente rien de notable dans ses antécédents. Elle entre à la Maternité de la Charité le 22 janvier, une dizaine de jours avant le terme présumé de sa grossesse.

Ses parents ont constaté depuis deux jours un ensemble de phénomènes nerveux, survenus brusquement : agitation, mouvements convulsifs, subdélire; c'est pour cette raison qu'ils l'amènent à l'hôpital.

On note en effet au moment de son entrée une violente agitation : la malade se refuse à rester au lit, déchire ses draps, se lève, se promène dans la salle, a des hallucinations. Les mouvements sont continuels : la tête oscille latéralement d'un rythme pendulaire ; les doigts exécutent de petits mouvements de préhension, peut-être plus accusés à gauche. Les membres inférieurs font des mouvements variés et constants.

L'agitation et le délire sont tels que l'immobilisation et l'isolement deviennent obligatoires. La malade, qui est une jeune femme bien constituée, paraissant beaucoup plus que son âge (16 ans), ne présente aucune anomalie : pas d'œdème, pas de dyspnée, pas de symptômes cardio-pulmonaires.

La respiration est ample et régulière.

Pas de signes oculaires : ni paralysie oculo-motrice, ni troubles de la vision, ni inégalité pupillaire, ni nystagmus. Le réflexe à la lumière est normal. Les réflexes rotuliens ne sont pas trouvés. Pas de Babinski. Pas de troubles de la sensibilité.

Les urines ne contiennent pas d'albumine, la température est de 38,8.

Tous ces phénomènes nerveux persistent sans modification apparente pendant les 24 premières heures de son séjour. Le lendemain de son entrée (23 janvier), sans qu'on ait constaté aucun signe qui puisse faire croire à une période de travail, il semble que la malade pousse : un toucher pratiqué à ce moment (minuit) décèle une dilatation complète. Les membranes sont rompues. Une demi-heure après, la malade accouche sans incident d'un garçon de 2 k. 330.

L'enfant né en état d'asphyxie bleue, reste cyanosé et meurt quinze heures après.

Son autopsie révèle : une hémorragie méningée et une inondation ventriculaire.

Délivrance sans incident une heure et demie après l'accouchement.

Les phénomènes psychiques s'amendent.

La malade répond parfaitement et a toute sa connaissance. Seuls les mouvements myocloniques persistent. On croit à une chorée gra-

vidique ; la face est continuellement le siège d'une trémulation rapide ; la langue est animée de mouvements de sortie et de retrait ; les membres exécutent des mouvements spasmodiques arythmiques.

La malade est restée dix jours à l'hôpital (infirmerie de la Maternité) depuis le jour de son accouchement. Pendant ces dix jours l'observation quotidienne nous a montré les mêmes signes que précédemment au point de vue des mouvements spasmodiques. Les réflexes recherchés ont été trouvés normaux, la sensibilité normale. L'agitation n'a pas reparu le jour ; pendant la nuit seulement existait un certain degré de délire : hallucination, agitation. Chaque matin, à l'arrivée auprès du lit, on trouvait la malade couchée sur le dos, les genoux demi-fléchis, les jambes exécutant des mouvements de faible amplitude, les membres supérieurs exécutant des gestes, des gestes professionnels (mouvements de couture), toujours tremblée, la bouche demi-ouverte articulant indistinctement des paroles les yeux fermés. En appelant la malade par son nom on obtenait le réveil et la reprise presque immédiate de connaissance. La malade répondait nettement aux questions. Chaque matin on put noter, régulièrement, pendant les dix jours, une augmentation croissante de cet état de somnolence, de plus en plus difficile à rompre. Le dernier jour, il fallut un certain temps pour obtenir un demi réveil et la reprise de connaissance fut de courte durée. Pendant tout ce temps aucun signe physique nouveau n'apparut : ni Kernig, ni raideur de la nuque, ni Babinski, ni Scheyne-Stokes. Seul l'aspect changea : le teint devint plombé ; un amaigrissement apparent pouvait être constaté. La courbe thermique monta près de 40° le surlendemain de l'accouchement, descendit progressivement en quatre jours à 37,6, y resta deux jours puis fit une progressive ascension à 41 en trois jours. Cette dernière température fut constatée le jour du départ ; jour de la mort également, laquelle survint chez elle dans la nuit. La famille de la malade impressionnée avait désiré l'emmener, nous empêchant ainsi de pratiquer une ponction lombaire et de faire la vérification anatomique.

OBSERVATION DE MM. AUDRY ET FROMENT

(Observation 11).

S. M..., 30 ans, enceinte de 5 mois, qui avait été voir sa belle-sœur grippée, trois jours auparavant (seule notion étiologique relevée) présente le 18 mars une fièvre peu élevée (38,3) avec coryza purulent marqué.

Le 20 mars, la température atteint 39,9 : hallucinations visuelles et délire du rêve ; diplopie et léger strabisme ; polypnée sans symptômes de complications pulmonaires.

Le 25 mars, la température est devenue normale, la diplopie a disparu, mais on observe du nystagmus dans les mouvements de latéralité ; réflexes pupillaires abolis à l'accommodation, normaux à la lumière. Le facies est peu expressif ; dysarthrie (parole pâteuse rappelant celle d'un P. G.).

Le 28 mars ophtalmoplégie externe à peu près complète, occlusion incomplète des paupières. Dysarthrie plus marquée avec troubles de la déglutition. Parésie de la commissure labiale gauche. Trismus marqué.

Le 29 mars, cyanose extrême, tirage et mort, sans élévation de la température qui est restée normale les quatre derniers jours. N'a pas présenté de somnolence.

* * *

OBSERVATION DE MM. FLAISSIER ET GAUJOUX

(Observation 12.)

(Résumé de l'histoire clinique.)

Une femme, primipare de 23 ans enceinte de 7 mois est admise au pavillon des contagieux le 2 janvier 1920 pour symptômes d'infection générale ; après quelques jours de prostration l'état de léthargie devient extrêmement prononcé alternant avec des moments de subdélire.

En même temps elle présente de la diplopie nette par paralysie du droit externe de l'œil gauche. Fièvre persistante entre 38 et 39 ; pouls entre 90 et 100. Réflexes rotuliens exagérés ; pas de **trépidation** épileptoïde du pied ; contractions irrégulières des muscles de la face et après quelques jours hyperesthésie des bras et de la paroi abdominale. La ponction lombaire donne un liquide clair sans tension : l'examen révèle : lymphocytose légère, sucre 0,80. Wassermann négatif.

La symptomatologie et les recherches de laboratoire font éliminer le diagnostic de grippe et celui de fièvre typhoïde.

Dès la fin janvier amélioration rapide ; la grossesse continue à évoluer et se termine par l'accouchement normal d'un enfant vigoureux.

* * *

OBSERVATION DE MM. GAUJOUX ET VINCENT

(Observation 13.)

(Résumé de l'histoire clinique).

Une femme primipare de 17 ans enceinte de 5 mois, après quelques jours de fièvre est prise subitement le 17 novembre 1919 de troubles oculaires avec diplopie par paralysie du droit externe de l'œil gauche, presque en même temps léthargie très prononcée.

En outre légère trémulation des paupières à rythme rapide, et secousses myocloniques localisées aux membres supérieurs. Des réflexes rotuliens sont exagérés ; légère inégalité pupillaire, l'œil gauche plus dilaté que le droit. Wassermann et sero-diagnostic négatifs. La ponction lombaire donne un liquide légèrement hypertendu avec lymphocytose peu accentuée, albumine 0,30 ; sucre 0,40.

Les symptômes persistent pendant 15 jours, puis survient une **amélioration rapide et la guérison**.

La grossesse continue à évoluer et aboutit à un accouchement normal à terme, enfant vivant.

B. — En Suisse

OBSERVATION DE MM. RÉPOND ET DE WERRA

(Observation 14.)

Mme A. B., 42 ans. Constitution névropathique, mais assez robuste. Grippe en 1918, caractérisée par une très forte somnolence pendant toute la durée de l'affection. Grossesse normale : date probable de l'accouchement 12 mars. Il y a 3 semaines la malade s'est sentie peu bien et s'est plainte un jour de voir double. Elle disait avoir les mêmes malaises que lorsqu'elle eut la grippe pour la première fois. Elle est écrasée peu à peu par un énorme besoin de sommeil contre lequel elle réagit en vain. Elle continue à vaquer encore aux besoins du ménage, mais s'endort debout tout en faisant son travail. Elle répète fréquemment que si elle pouvait dormir elle serait guérie. La somnolence devient rapidement si forte que la malade doit s'aliter.

Lors de notre consultation (le 10 mars), elle dort presque continuellement depuis plus de 15 jours. La deuxième semaine de la maladie elle a traversé un état délirant aigu, bavardait sans cesse, parlait de son travail et de celui de son mari, lui faisait des recommandations de ne pas oublier telle ou telle chose. Depuis le 7 mars, le délire a cessé : elle a cependant encore des moments de confusion ; pendant la nuit, elle se lève sans se rendre compte de l'heure qu'il est, va à la cuisine où elle se met à préparer le déjeuner, puis laisse tout en plan et revient se coucher. Il y a eu à certains moments une ptose complète des deux paupières qui a rétrogradé.

Consultation le 10 mars. La malade est plongée dans un sommeil profond et dans lequel elle retombe constamment : elle dort même quand on la met debout, s'endort entre chaque question qu'on lui pose. La physionomie est rigide et sans affect. La malade répond aux questions sans regarder qui lui parle, ne manifeste aucun intérêt pour ce qui se passe autour d'elle. Ses réponses sont brèves, comme celles d'une personne ayant très sommeil et qui veut décourager un im-

portun pour pouvoir s'endormir. Elle obéit cependant à tous les ordres qu'on lui donne, mais avec une certaine peine. Elle est partiellement désorientée dans le temps.

L'examen neurologique révèle ce qui suit : Tous les mouvements volontaires sont libres. La démarche est lente et maladroite ; la malade s'appuie sur les meubles et titube comme une personne ivre. Facial intact. Le langage est un peu confus, mais la malade répète très correctement des mots difficiles qu'on lui fait dire. Parésie du releveur de la paupière. Par contre tous les mouvements de l'œil sont libres et il n'y a pas de diplopie. Les pupilles sont égales, réagissent à la lumière et à l'accommodation. Kernig, Romberg et Babinski négatifs. Pas de tremblements intentionnels. Pas d'ataxie. Réflexes rotuliens normaux. La sensibilité profonde, le sens musculaire etc. paraissent intacts. Par contre la sensibilité superficielle à la douleur est diminuée.

Au point de vue de l'état général nous notons un subictère très net (qui date d'un jour seulement). Le cœur est un peu gros, ton aortique fort et claquant, le pouls est plein et dur. L'urine ne contient pas de traces d'albumine, mais par contre des pigments biliaires. Respiration profonde et régulière.

La grossesse ne semble pas avoir été influencée par la maladie. L'enfant bouge normalement et l'on perçoit les bruits du cœur. Il y a eu un peu de fièvre pendant les 3 premiers jours de l'affection puis la température est tombée, la courbe en demeure assez irrégulière.

Au point de vue diagnostic différentiel, on pourrait penser à la rigueur à une psychose urotoxique, chose assez fréquente vers la fin de la grossesse, mais cette hypothèse est éliminée par suite de l'absence d'albumine dans l'urine.

Il s'agit donc d'une encéphalite léthargique. — Le traitement à suivre était difficile à déterminer. Le pronostic ne paraissait d'ailleurs pas mauvais en lui-même, mais la complication avec une grossesse était une redoutable inconnue. Nous nous décidâmes pour l'expectative, étant donné que l'enfant semblait encore se bien porter.

Evolution du cas. Depuis le 12 mars l'état général s'aggrave assez rapidement. La somnolence devient de plus en plus profonde et ne laisse que de rares intervalles de demi lucidité. La température monte peu à peu et s'élève à de très forts maxima (40 à 40,5) avec un

pouls parallèle. L'ictère diminue. Le 17 mars les bruits du cœur de l'enfant deviennent subitement mauvais. Dans la soirée ils ne sont plus perceptibles ; il n'y a pas de début de travail. Dès le 17 au soir la léthargie de la malade est complète avec une température continue de 41,5. Le 18 mars à 11 heures du soir exitus.

Il semble bien que dans le cas particulier la grossesse ait exercé une influence aggravante sur le cours de l'affection. En effet, il paraissait y avoir eu tout d'abord une amélioration de l'encéphalite (cessation du délire, diminution de la parésie des releveurs), suivie d'une subite aggravation de l'état général, de la mort de l'enfant d'abord, puis de celle de la mère 24 heures plus tard. La conduite à suivre dans le cas particulier était difficile à déterminer. Il n'y avait pas d'indications pour hâter l'accouchement tout d'abord, puis l'aggravation rapide de l'état général rendit toute intervention impossible.

C. — En Angleterre et en Amérique.

Le premier cas qui semble avoir été décrit d'encéphalite léthargique survenant au cours de la grossesse, a été publié par Harris.

Cet auteur porta le diagnostic de botulisme ; c'est, en effet, avec cette dernière affection que furent confondus les premiers cas d'encéphalite léthargique apparus en Angleterre au cours du printemps de 1918.

* * *

OBSERVATION DE HARRIS

(Observation 15.)

Une jeune femme tomba malade le 29 mars après avoir mangé avec appétit, la veille au soir, du saumon de conserve. Le lendemain elle présentait de la diplopie, avec ptosis double, elle était très somnolente ; elle dormit pendant presque tout le service de la messe. Cette femme était enceinte et presque à terme.

Bien qu'elle ait refusé de consulter son médecin jusqu'au 2 avril, on avait noté une température à 103 Fahrenheit (39,4 centigrade).

La dilatation du col et l'accouchement d'un bel enfant ne paraît pas avoir influencé le cours de la maladie, qui a continué par une double paralysie de la III^e paire, de la somnolence, une température de 100 F. (37,8 centig.), de la rétention d'urine et un délire aigu qui n'a fait que d'accroître jusqu'au moment où cette observation est publiée (14 avril).

Une boîte de saumon du même lot que celui qui a été absorbé par la malade, m'a été apportée samedi dernier par le mari et a été adressée au Dr J. M. en vue d'un examen bactériologique. Ce dernier vient de me rendre compte qu'il a trouvé un bacille produisant de grandes quantités de gaz, anaérobie, prenant le gram, et probablement porteur de spores. Ce bacille, pour l'instant, ressemble au Bacille botulinus ; des expériences sur les animaux vont être aussitôt entreprises ».

* * *

OBSERVATION DE DUNCAN

(Observation 16.)

En mai 1918 Duncan a signalé le cas d'une femme, enceinte depuis plusieurs mois qui se sentait malade depuis quelques jours. Lorsqu'il la vit pour la première fois il trouva la malade assise à côté du feu, les yeux fermés. Elle était comme absorbée mais parlait quand on lui adressait la parole. Il lui était possible de lever les paupières, la droite plus que la gauche. La malade présentait de l'herpès sur la lèvre inférieure.

Duncan ne mentionne pas comment a évolué la maladie.

* * *

OBSERVATION DE NEAL

(Observation 17.)

(Résumé de l'histoire clinique.)

Neal a publié le cas suivant : Il s'agissait d'une jeune femme de 25 ans, enceinte de 5 mois. Cette malade avait eu un accès de grippe

deux semaines avant l'apparition de l'encéphalite qui progressivement par de la céphalée, des frissons et de la fièvre, des vomissements, de la transpiration et du délire.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre une grande augmentation des lymphocytes et de l'albumine ; un Wassermann négatif. L'inoculation du liquide au cobaye en vue de rechercher la tuberculose eut un résultat négatif.

La malade demeura dans cet état pendant deux semaines. Puis la paralysie faciale disparut. La malade guérit progressivement et accoucha normalement à terme.

* * *

OBSERVATIONS DE SACHS

(Observations 18 et 19.)

(Résumé de l'histoire clinique).

Sur plusieurs cas d'encéphalite léthargique publiés par Sachs, deux ont trait à des femmes enceintes.

L'âge de la grossesse n'est mentionné ni dans l'un ni dans l'autre des cas.

Dans l'un il y a une histoire très nette de grippe survenue trois mois avant l'apparition de l'encéphalite.

L'un et l'autre de ces cas présentèrent tous les symptômes ataxiques et cérébelleux.

Dans l'un des cas, en plus des symptômes de poliencéphalite supérieure, il y eut une atrophie marquée des muscles des membres supérieurs et du tremblement des mains.

L'examen du liquide céphalo-rachidien dans l'un et l'autre cas a montré vingt lymphocytes.

Dans les deux cas les urines contenaient de l'acétone et de l'acide diacétique.

Les deux malades étaient extrêmement intoxiquées.

La question de provoquer l'avortement fut posée mais écartée.

La durée totale de la maladie fut dans chaque cas d'environ quatre semaines au bout desquelles les deux malades succombèrent.

OBSERVATION DE PUTNAM

(Observation 20.)

(Résumé de l'histoire clinique.)

Le cas de Putnam, est celui d'une femme âgée de 26 ans qui, auparavant, avait eu deux grossesses normales et dont la grossesse en cours avait été normale.

Cette jeune femme fut un jour trouvée étendue par terre apparemment endormie. Quand on la réveilla, elle sembla très affaiblie, en état de vertige et ne prêtant aucune attention à son entourage.

Elle ne se plaignait d'aucune douleur en dehors d'une légère céphalée elle ne présentait aucun trouble de la vue.

Le visage était sans expression et les yeux fermés.

Le pouls battait à 114 et la température était à 99, 4 F. (37,4 centig.).

Les pupilles étaient contractées et la malade avait tendance à prendre des poses cataleptiques.

Ces symptômes furent d'abord attribués à de l'hystérie, mais l'état ne subit aucune modification et le pouls et la température demeurèrent élevés.

Un examen approfondi ne révéla aucune paralysie mais quelque raideur des extrémités, un léger signe de Kernig avec un peu de douleur à l'extension complète.

Les muscles des yeux et du visage étaient normaux.

La numération leucocytaire était à 14.000.

Rien dans les urines.

L'épreuve de Widal était négative.

Le liquide céphalo-rachidien montra 11 lymphocytes, donna une réaction de Noguchi négative et réduisit la solution de Haine.

Les premiers jours de l'affection la malade se réveillait spontanément pour se nourrir et pour aller à la selle ; plus tard il fallait la réveiller pour ces fonctions.

La malade accoucha trois semaines après le début de la maladie.

Elle ne se réveilla pas pendant l'accouchement qui dura 4 heures.

L'enfant était mort-né ; les bruits du cœur fœtal n'avaient pu être perçus de tout le jour précédent.

Quatre jours après l'accouchement la malade mourut.

OBSERVATION DE BASSOE

(Observation 21.)

Une femme âgée de 34 ans, qui avait huit enfants, enceinte de 6 mois, fut examinée le 10 février 1919. Trois semaines auparavant cette malade était apathique et s'était plaint de fatigue et de céphalée.

Elle avait présenté quelques nausées sans vomissements. Vers le 1^{er} février elle devint plus malade, présenta un peu d'agitation pendant quelques jours, puis devint sombre et somnolente, gardant le regard fixé, et parlant peu. Lorsqu'elle fut admise à l'hôpital, le 9 février, la température était à 99.4 F. (37.3 centigr.) le pouls à 110, la respiration à 34.

Le lendemain la température oscillait de 98,8 F. (37,1 centigr.) à 100 (37,8 centigr.) ; le pouls de 114 à 122. Son visage avait une expression comme absorbée et on notait une légère paralysie faciale droite. La malade ne tirait que faiblement la langue. Le dos était un peu raide.

Les réflexes tendineux du bras et de la jambe gauche étaient plus forts que ceux du côté droit, mais il n'y avait pas de raideur des extrémités. Les pupilles et le fond de l'œil étaient normaux. La malade présentait de l'affaiblissement intellectuel, un peu de confusion et de la désorientation dans le temps. Son état empira.

Le 12 février la température monta à 102 F. (38,9 centigr.) et le 13 elle étala de 103,2 F. (39,6 centigr.) à 105,6 F. (40,8 centigr.), le pouls battant de 140 à 150.

Vers le soir apparut une gêne marquée de la respiration avec signes d'œdème pulmonaire. La malade mourut.

Autopsie. — L'autopsie fut pratiquée 11 heures après la mort, on porta le diagnostic anatomique de : hyperémie, tuméfaction trouble du muscle cardiaque, du foie et des reins ; cyanose généralisée marquée ; utérus gravide (environ 7 mois) ; hémorragies pétéchiales étendues dans la plèvre viscérale, l'épicarde, les bassinets, la vessie et l'estomac, à la fois chez la mère et chez le fœtus ; trachéite et bronchite légères ; hyperplasie aiguë de la rate ; œdème et hyperémie du cerveau ; écume sanguinolente dans la bouche et le nez ; légère sclérose athéromateuse de l'aorte ; léger œdème des chevilles ; œdème et coloration bleuâtre anormale des organes génitaux externes ; glandes mammaires

en état de lactation; anse sigmoïde dilatée; cholelithiase; lymphadénite trachéo-bronchique tuberculeuse calcifiée; appendice retro-cœcal.

Après durcissement du cerveau au formol, la pie-mère montra une congestion marquée et en engorgement de ses veines, mais sans exsudation. Le cerveau lui-même était nettement œdémateux comme le prouvait la limite semi-circulaire unie des coupes après le durcissement au formol. Les circonvolutions étaient gonflées et aplaties et les sillons étroits et comprimés. De minuscules hémorragies furent décélées dans ces régions ainsi que dans la partie supérieure de la protubérance. Dans le cervelet la congestion était relativement moins frappante. Les ventricules et leur épendyme étaient d'apparence normale.

Les coupes de la portion congestionnée de la substance blanche du lobe frontal gauche montrèrent une distension notable des vaisseaux, des veines en particulier, mais il n'y avait que de très petites infiltrations lymphocytaires autour des plus petits vaisseaux. On ne voyait que dans quelques rares endroits des extravasations sanguines et celles-ci étaient de petite dimension. Le nombre des leucocytes dans la lumière des vaisseaux congestionnés était petit, à l'exception d'une petite veine, coupée-longitudinalement qui contenait un thrombus récent constitué par des débris d'hématies et de leucocytes, environ la moitié desquels se montrèrent être des polynucléaires.

Au niveau de la corticalité motrice gauche la pie-mère présentait un relâchement de sa texture, avec une augmentation des éléments cellulaires constitutants; il n'y avait à ce niveau aucun signe évident d'inflammation du cortex lui-même.

Au niveau de la couche optique gauche on trouvait une inflammation très étendue, avec de gros amas de mononucléaires autour des vaisseaux distendus grands et petits. On ne vit aucune large hémorragie. Dans le corps strié droit pareil état prédominait.

Des coupes furent pratiquées à trois niveaux dans la protubérance; toutes montrèrent une modification très marquée dans la portion dorsale. Dans toute la protubérance il y avait de nombreuses petites hémorragies.

Des coupes du bulbe faites à deux niveaux ne montrèrent aucune modification d'ordre inflammatoire.

On ne trouva aucun élément figuré dans les coupes de toutes ces régions; colorées par la méthode de Gram-Weigert.

OBSERVATION DE SCHULZE

(Observation 22.)

Mme N. A... âgée de 35 ans, enceinte, entrain à la maternité de l'hôpital de l'Université de Californie le 23 avril 1919, se plaignant d'œdème des jambes et des mains, œdème qui durait depuis un mois, et de douleurs lancinantes des deux bras apparues la semaine précédente.

La grossesse dépassait de un mois le terme prévu. Six ans auparavant la malade avait eu une grossesse de 9 mois, compliquée d'œdème marqué et de symptômes oculaires, de douleurs dans les jambes pendant le dernier mois, qui avaient disparu peu après l'accouchement.

Son histoire était par ailleurs négative. Elle n'avait pas eu d'influenza et personne dans son entourage immédiat ne l'avait eue.

L'examen physique était négatif en dehors de la présence d'un fœtus à terme en position O. I. G. A., quelques varices sur les deux membres inférieurs avec plus d'œdème qu'il ne pouvait en être attribué à ces seules varices ; de plus un léger œdème des mains.

Son intelligence était assez diminuée, mais son esprit paraissait clair.

L'examen de la sensibilité montra une légère hyperesthésie au toucher et à la douleur sur la partie postérieure de chaque épaule ; partout ailleurs la sensibilité était normale.

Les réactions pupillaires étaient normales.

Les réflexes tendineux étaient quelque peu exagérés, avec un faux clonus patellaire.

Le réflexe abdominal gauche était augmenté, le droit, douteux.

Il y avait un signe de Babinski à droite.

On notait aux deux mains un tremblement constant qui s'exagérait quant la malade essayait de l'arrêter, mais qui diminuait si on attirait ailleurs l'attention de la malade.

La tension artérielle était à 110 à la systole et à 95 à la diastole.

Les urines révélaient des traces infimes d'albumine sans cylindres.

L'urée dans le sang et dans l'urine était normale.

L'ensemencement du sang et de l'urine furent négatifs.

Comme la malade avait eu toutes les dents arrachées on ne fit pas d'examen radiographique de la région dentaire, et il n'y avait aucun autre foyer d'infection décelable.

L'hémoglobine était à 55 pour cent Sahli.

Le Wassermann du sang, négatif.

La température le jour de l'entrée à 37,5 centigrades, le lendemain à 37,2 centigrades. Après, elle fut normale jusqu'à l'accouchement.

Les douleurs des bras persistèrent et par moments furent si fortes qu'on dut avoir recours à la morphine pour permettre à la malade de dormir.

Le 30 avril, après cinq heures d'un travail normal, la malade accoucha d'un enfant pesant 4 k. 600.

Après l'accouchement elle eut une fièvre peu élevée, jamais plus haute que 37,6 et par suite ne nécessitant pas une culture utérine. Le 10^e jour la température atteignit 38. On nota alors que la malade était devenue intellectuellement très terne et qu'elle paraissait être la plupart du temps dans un état de stupeur.

Elle était facilement réveillée et, quand on lui adressait la parole elle répondait avec bon sens et clairement.

Elle se plaignait de diplopie et dit que la douleur dans les bras la gardait éveillée la nuit.

Il se manifesta un léger ptosis de la paupière gauche et une paralysie faciale du côté droit.

Le réflexe de Babinski était à ce moment disparu ; les autres réflexes et les mouvements demeuraient à peu près les mêmes.

Il n'y avait aucun signe de réaction méningée.

Le 15 mai une ponction lombaire donna issue à un liquide clair, légèrement augmenté de pression.

Les réactions de Nonne et de Noguchi sont négatives, la numération lymphocytaire est de 26 et le réactif de Fehling est réduit. La réaction de Wassermann est négative. Les cultures sont négatives. Il n'y avait pas de coagulum fibrineux.

Une deuxième ponction le 15 mai fut encore stérile. Il y avait une leucocytose légère variant de 12.000 à 18.000 avec 80 0/0 de polynucléaires.

La culture de prélèvements nasopharyngés montra le *Bacillus Influenzæ*.

Les symptômes nerveux furent variables. Il apparut une faiblesse au niveau des muscles masticateurs, un tremblement de la langue avec déviation à droite et une paralysie du droit externe.

Vers le 23 mai la malade commença à aller beaucoup mieux. Elle devint beaucoup plus lucide, les tremblements diminuèrent, la langue pouvait à ce moment être tirée normalement et la paralysie du droit externe était beaucoup moins marquée.

Les réflexes du bras droit étaient encore exagérés mais les autres réflexes étaient normaux exception faite d'un signe d'Oppenheim atypique du côté droit.

La température devint normale.

Le 26 mai, la malade après s'être levée et s'être promenée autour de son lit sans autorisation, est prise subitement de signes d'embolie pulmonaire ; elle meurt en 20 minutes, trente six jours après avoir accouché.

L'autopsie a montré une thrombose des deux veines fémorales et une embolie pulmonaire bilatérale étendue qui obstruait presque toute la circulation pulmonaire.

Macroscopiquement, le cerveau est pratiquement normal, exception faite de quelques ponctuations hémorragiques à la coupe de la région moyenne du cerveau.

Le liquide céphalo-rachidien est normal en apparence et en quantité.

L'examen microscopique révèle les altérations caractéristiques de l'encéphalite léthargique. Il y a de la congestion et une légère infiltration lymphocytaire des leptoméninges.

Il y a une notable infiltration périvasculaire et quelques petites hémorragies autour des vaisseaux, principalement du cerveau moyen et de la protubérance.

La moelle montre des modifications bien moins grandes. La corticalité cérébrale est normale.

* * *

OBSERVATION DE A. J. P. GARNETT

(Observation 23.)

Une femme, âgée de 26 ans, secondipare eut une encéphalite léthargique assez typique, débutant le 6 février, au 8^e mois de la gestation.

Les antécédents familiaux de la malade et son histoire personnelle

antérieure étaient négatifs ; l'histoire des règles, négatives ; et un accouchement 18 mois auparavant avait été normal.

Jusqu'au 6 février tout avait été normal et la malade n'avait présenté aucune complication à sa grossesse.

A ce moment elle devint nerveuse, se plaignit de fourmillements dans les bras et dans les jambes, et d'une extrême faiblesse. La température était à 102,5 F. (39,2 centig.).

Plus tard elle devint subdélirante et agitée. A cette époque la malade fut examinée en consultation par les Drs Loren, Johnson, Moore et Hough qui portèrent le diagnostic d'encéphalite léthargique.

Les signes étaient typiques. Il y avait ; de la diplopie, du ptosis des paupières, du nystagmus et un épuisement physique et mental des plus marqués. L'esprit de la malade errait ; ses réponses devinrent vagues et divagantes, ses yeux se fermaient et elle s'endormait après de très faibles efforts physiques et intellectuels.

Les réflexes pupillaires étaient paresseux.

Les réflexes tendineux, exagérés et le réflexe abdominal superficiel absent.

Il n'y avait pas de réflexe de Babinski, ni de signe de Kernig et pas de raideur de la nuque.

Rien au cœur et aux poumons ;

Le pouls à 100, normal en force et en fréquence ;

La tension artérielle systolique à 110 et la diastolique à 70.

Rien dans les urines.

L'examen du sang montrait une numération cellulaire blanche normale, aux proportions normales, et une légère anémie secondaire. Une hémoculture fut négative. Le Wassermann fut négatif.

L'examen du liquide céphalo-rachidien pratiqué par le Dr Hough montra un liquide clair, à pression légèrement augmentée, avec hyperalbuminose marquée, 18 lymphocytes par millimètre cube. Le Wassermann était négatif et l'épreuve à l'or colloïdal négative.

La malade fut transportée à l'hôpital Garfield, les commodités de son domicile n'étant pas suffisantes pour le traitement d'un cas semblable.

La grossesse était à ce moment-là normale à tous points de vue ; —, la tête n'était pas engagée et était en position OIGA ; le cœur fœtal battait à 140, était régulier.

La température était irrégulière, tout d'abord montant parfois à 101 F. (38,3 centig.) ou 102,5 (39,2 centig.) point le plus élevé qu'elle atteignit jamais ; plus tard elle devint normale et descendit au-dessous de la normale.

Le pouls était rapide de 100 à 120 .La tension artérielle demeura quelque peu au-dessous de la normale.

Pendant les deux semaines qui précédèrent l'accouchement la malade se plaignit de grandes douleurs dans les jambes que je pensais être probablement accrues par la compression de la tête fœtale sur le bassin. Aussi je plaçais un oreiller sous le bassin pour le soulever et j'écartais en haut la tête de sur le bassin.

L'état physique et intellectuel de la malade s'améliora progressivement et lentement, mais il était loin d'être normal lorsque celle-ci entra dans la période de travail le 29 février.

Lorsque l'accouchement commença la tête n'était pas engagée et se trouvait en position O. I. D. P., l'occiput inclinant vers la fosse iliaque droite.

Les contractions utérines survinrent rapidement, furent fortes et lorsque la dilatation fut presque complète, il fut facile d'amener la tête dans le bassin, la tourner en position antérieure et rompre les membranes.

La malade eut une délivrance normale au bout de deux heures, la perte de sang fut normale et apparemment la malade n'eut pas de shock.

Le pouls était à 90 au commencement de l'accouchement, à 106 à la fin.

La malade ne se plaignit pas des douleurs du travail. Elle ne sembla point du tout souffrir et dit que bien qu'elle les ait ressenties, les douleurs ne lui firent que peu ou relativement peu de mal.

La malade ne fut anesthésiée à aucun moment. Elle fut replacée dans la salle dans de bonnes conditions obstétricales.

Bien que l'infirmière de nuit ait reçu l'instruction de sonder la malade, elle ne le fit point et la malade n'urina que le lendemain matin.

Quand je la vis à ce moment, l'utérus était assez bien rétracté, la vessie était au même niveau que le fond de l'utérus. Le sondage ramena 72 ounces (2.160 grs.) d'urine.

Le nouveau né était un enfant normal pesant 6 ½ pounds (3 k. 030 environ). Les suites de couches furent tout à fait normales sans fièvre et sans douleurs et, bien que son lait fût très peu abondant la malade essaya de nourrir son enfant.

La malade n'a eu aucune envie d'aller à la selle, et il semble qu'i y ait une paralysie partielle de la vessie.

Bien que laissée sur la selle pendant une demi-heure à chaque fois la malade ne peut obtenir d'évacuation que si la vessie contient au moins 42 ounces (1.260 grs) d'urine.

L'état intellectuel de la malade a continué à s'améliorer et c'est éclairci jusqu'à présent ; en dehors d'une hallucination parfois et de quelques douleurs dans les jambes la malade est parfaitement guérie.

Il n'a été fait aucun traitement sauf pour l'anémie. Pour cette dernière on a donné 10 injections de cacodylate de soude ; à l'heure actuelle l'hémoglobine est à 80 0/0 et la numération des hématies à 4.100.000, ce qui est une amélioration.

Un nouvel examen du liquide céphalo-rachidien fut pratiqué le 12 mars par le Dr Hough, il montra un liquide clair, de pression normale, avec une légère hyperalbuminose et 9 lymphocytes par millimètre cube, ce qui n'est pas tout à fait normal mais une amélioration.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant pour moi au point de vue obstétrical dans ce cas, c'est l'accouchement qui s'est fait apparemment sans douleur, et la paralysie partielle de la vessie qui indique qu'il a pu y avoir quelque destruction des racines postérieures des nerfs, simulant un tabes dorsalis.

ÉTUDE CRITIQUE

Nous allons, dans les chapitres suivants, essayer de dégager des observations que nous venons de rapporter, les particularités cliniques qui caractérisent l'évolution de l'encéphalite léthargique frappant la femme en état de gestation. Nous chercherons surtout à préciser l'influence de l'encéphalite léthargique sur l'évolution de la gestation, l'accouchement, les suites de couches, la vie de la mère et de l'enfant.

Dans ce but nous diviserons notre étude en trois chapitres dans lesquels nous étudierons : 1^o l'encéphalite par rapport à la mère ; 2^o l'encéphalite par rapport à l'enfant ; 3^o l'accouchement chez la femme enceinte atteinte d'encéphalite léthargique.

Avant tout et pour faciliter notre étude nous commencerons par établir un tableau qui donnera une vue d'ensemble sur les vingt-trois cas que nous avons pu réunir.

I. — LA MÈRE

Déjà l'examen de notre tableau nous permet d'établir une distinction nette entre deux périodes : la gestation et la période qui suit l'accouchement.

Il nous permet de rapprocher les uns des autres pour une même étude, les cas dont les aboutissants ont été les mêmes.

C'est ainsi qu'il nous montre qu'il y eut :

1° 7 morts au cours de la gestation ;

2° 5 morts après l'accouchement ;

3° 7 cas dont l'évolution pathologique continue après l'accouchement ;

4° 3 guérisons au cours de la gestation.

C'est donc en suivant ces 4 paragraphes que nous diviserons l'étude de l'encéphalite par rapport à la mère, et nous nous demanderons quels furent les caractères de l'encéphalite :

I. — CHEZ LES SEPT FEMMES QUI SONT MORTES AU COURS DE LA GESTATION.

1° Chez la première malade de M. Devraigne (obs. 6) l'encéphalite apparue à 3 mois de gestation a revêtu d'emblée des caractères de haute gravité : agitation, insomnie et contractions qui ne se sont pas amendés. La mort survint au cinquième mois de la gestation ;

2° Dans le deuxième cas observé par M. Devraigne (obs. 7) la léthargie apparue à 7 mois $\frac{1}{2}$ a été le phénomène prédominant ; elle s'est accentuée avec une grande rapidité devenant très profonde. La mort survint au bout de quatre semaines.

NOMS DES AUTEURS	N° DES OBSERVATIONS	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	DÉBUT DE LA MALADIE	MÈRE					ACCOUCHEMENT		ENFANT	
				GUÉRIE		MORTE		Termi- naison inconnue	Au cours de la Maladie	Après Guérison	À la Naissance	Après la Naissance
				Avant l'Accou- chement	Après l'Accou- chement	Avant l'Accou- chement	Après l'Accou- chement					
MM. HARRIS	15	Lancet. 20 avril 1918	voisinage du terme	...	(?)	...	...	1	(?)	...	vivant	.....
DUNCAN	16	Brit. Med. Journ. 11 mai 1918	...	...	...	...	...	...	.....	...	...	.....
BASSOE	21	J. Americ Med. Ass. 5 avril 1919	au 6 ^e mois	...	...	1	...	...	.....	...	...	.....
SACHS	18	New-York Med. Journ. 24 mai 1919.	(?)	...	...	1	...	...	.....	...	...	.....
SACHS	19	"	(?)	...	...	1	...	...	.....	...	...	.....
PUTNAM	20	J. Missouri Med. Ass. Août 1919	3 semaines avant l'accouchement	...	...	...	1	...	(?)	...	mort-né	.....
NEAL	17	Arch. Neurol. et Psych. 1 ^{er} sept. 1919	au 5 ^e mois	1	...	...	...	...	.....	à terme	vivant	.....
COUVELAIRE et TRILLAT..	8	Obstét. et Gynéc. n° 1 1920.	2 jours après l'accouchement	...	...	...	1	...	à la fin du 9 ^e mois après les D. R.	...	vivant	bien portant 11 mois après
SCHULZE	22	Journ. Amer. Med. Ass. n° 11, mars 1920	1 mois avant le terme	...	...	...	1	...	1 mois après le terme présumé	...	vivant	.....
GARNETT	23	Journ. Amer. Med. Ass. n° 19, mai 1920	au 8 ^e mois	...	...	...	...	1	.....	...	vivant	.....
RÉPOND et de WERRA....	14	Revue Med. Suisse-Romande, mai 1920	1 mois avant le terme	...	...	1	...	...	.....	...	...	.....
AUDRY et FROMENT.....	11	Lyon Médical. 25 juin 1920	au 5 ^e mois	...	...	1	...	...	.....	...	...	.....
ANDÉRODIAS.....	9	Bull. Sté Obst. et Gyn. de Paris, n° 4, 1920	au milieu du 8 ^e mois	...	...	...	1	...	15 jours avant le terme prévu	...	vivant	.....
COMMANDEUR et EPARVIER	10	Bull. Sté Obst. et Gyn. de Paris, n° 5, 1920	10 jours avant le term.	...	...	...	1	...	une diz. de j. av. le terme présumé	...	vivant	né en état d'asphyxie bleue, meurt en 15 heures
FLAISSIER et GAUJOUX...	12	Sté Obst. et Gyn. Montpellier, 4 déc. 1920	à 7 mois	1	...	...	...	...	.....	à terme	vivant	.....
GAUJOUX et VINCENT....	13	Revue Française Gyn. et Obst. 1921	à 5 mois	1	...	...	...	...	.....	(?)	vivant	.....
BRINDEAU	2	(Obs. personnelle)	5 sem. avant le terme	...	1	...	...	...	plus de 9 mois après les D. R.	...	vivant	meurt au bout de 6 semaines
DEMELIN	3	"	au 7 ^e mois	...	...	...	...	1	plus de 9 mois après les D. R.	...	vivant	.....
DEMELIN	4	"	8 j. av. l'accouchement	...	...	...	...	1	au 10 ^e mois après les D. R.	...	vivant	.....
CATHALA	5	"	6 j. av. l'accouchement	...	1	...	...	...	plus de 9 mois après les D. R.	...	vivant	.....
DEVRAIGNE	6	"	à 3 mois	...	...	1	...	...	.....	...	...	.....
DEVRAIGNE	7	"	à 7 mois 1/2	...	...	1	...	...	.....	...	...	.....
WIDAL et COUVELAIRE ...	1	"	au 6 ^e mois	...	1	...	...	...	fin du 9 ^e mois après les D. R.	...	vivant	bien portant 9 mois 1/2 après
				Total	Total	Total	Total	Total				
				3	3	7	5	4				

3° Dans le cas de MM. Répond et de Werra (obs. 14), l'encéphalite est apparue un mois avant le terme prévu ; la femme meurt au moment prévu pour l'accouchement. L'encéphalite a revêtu une allure grave ; en effet, la malade est restée dans un état de léthargie à peu près continu. La deuxième semaine de la maladie fut marquée par un état délirant aigu auquel a fait suite une léthargie de plus en plus profonde jusqu'à la mort de la malade. La malade bien qu'à terme n'a pas présenté de commencement de travail ;

4° et 5° Dans les deux cas observés par Sachs (obs. 18 et 19), l'intoxication des malades était très marquée ; l'encéphalite dans chacun des cas évolua en quatre semaines environ ;

6° Chez la malade de MM. Audry et Froment (obs. 11), l'encéphalite apparaît au cinquième mois de la gestation ; elle évolue rapidement sans somnolence, caractérisée par des phénomènes de contracture (trismus marqué), du nystagmus, de la dysarthrie, des paralysies oculaires. Après avoir présenté des phénomènes de tirage et de cyanose la malade meurt onze jours après le début apparent de l'affection ;

7° Dans le cas décrit par Bassoe (obs. 21), l'encéphalite apparue au sixième mois de la gestation évolua en cinq semaines. La torpeur et l'affaiblissement intellectuel furent les caractéristiques prédominantes.

Ainsi donc chez les sept femmes mortes au cours de la gestation, l'encéphalite a évolué en onze jours au moins et cinq semaines au plus, et, dans chaque cas revêtant une allure clinique grave.

La léthargie a prédominé dans trois cas : l'agitation, l'insomnie et les contractures dans deux cas.

II. — CHEZ LES CINQ FEMMES QUI SONT MORTES APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

1^o Le cas décrit par MM. Couvelaire et Trillat (obs. 8), est un peu spécial. Il s'agit, en effet, d'une encéphalite aiguë qui a entraîné la mort de la malade en neuf jours par une de ses complications fréquentes : la broncho-pneumonie. La particularité est ici que l'encéphalite a fait son apparition le deuxième jour après l'accouchement ;

2^o Chez la malade de M. Andérodias (obs. 9), l'encéphalite a débuté au huitième mois de la gestation ; elle a revêtu le type myoclonique pur tel qu'il a été décrit par MM. Sicard et Kudelski ; après une rémission légère au cours de la deuxième semaine de la maladie, l'état général de la malade s'est aggravé se compliquant de crises convulsives ; la gestation continua son évolution normalement vers la terminaison qui eut lieu en fin de la troisième semaine de la maladie ; l'accouchement est survenu un peu avant terme, une quinzaine de jours selon la remarque de M. Andérodias. Ensuite l'affection continue son cours sans amélioration pendant trois semaines ; une aggravation étant survenue la malade fut dirigée sur un service de médecine où elle mourut quelques semaines plus tard :

3^o La malade de Putnam (obs. 20), est atteinte d'encéphalite trois semaines avant le terme : elle accouche normalement. Le fœtus est mort-né ; les bruits du cœur fœtal n'avaient pas été perçus depuis la veille de l'accouchement. La malade meurt quatre jours après l'accouchement ;

4^o L'encéphalite chez la malade de Schulze (obs. 22), se manifeste progressivement un mois avant le terme de cette gestation un peu particulière, puisque l'auteur la signale comme

ayant été de un mois de retard sur le terme prévu. La malade accouche normalement. Après l'accouchement son état général s'aggrave et s'installent alors les signes de léthargie et de paralysies. Une rémission très nette, survient un mois après le début de l'affection et subitement la malade meurt d'embolie pulmonaire ;

5° Chez la malade de MM. Commandeur et Eparvier (obs. 10), l'encéphalite fait son apparition par des symptômes nerveux, une dizaine de jours avant le terme présumé ; la période de travail est passée à peu près inaperçue ; le temps de l'accouchement a été très rapide, l'expulsion du fœtus s'étant faite en une demi-heure. La maladie a revêtu dès son début le type myoclonique, puis après l'accouchement est venue se surajouter une somnolence qui fut de plus en plus marquée jusqu'à la mort de la malade, dix jours après l'accouchement.

Chez ces cinq femmes nous voyons que deux sont mortes de complications pulmonaires ; que chez toutes la forme clinique de l'affection fut sévère.

III. — CHEZ LES SEPT FEMMES QUI SURVÉCURENT.

Nous savons que trois ont guéri :

1° La malade de notre observation (obs. 1) a été atteinte d'encéphalite au sixième mois de la gestation. L'affection a évolué sans gravité excessive d'une façon continue, avec des poussées variables de température, des rémissions et des reprises des symptômes ; elle n'a guéri qu'à la longue, plusieurs mois seulement, semble-t-il, après qu'elle fut sortie de l'hôpital ;

2° Chez la malade de M. Brindeau (obs. 2), l'encéphalite est apparue cinq semaines avant le terme. L'affection a été d'abord en empirant progressivement et assez rapidement ;

elle a revêtu finalement des caractères de gravité avec torpeur marquée qui se sont maintenus pendant une semaine environ. Puis, à la suite d'une série d'injections intraveineuses d'urotropine d'abord, de novarsénobenzol ensuite, l'état général s'améliora rapidement si bien qu'au moment de l'accouchement la malade allait beaucoup mieux.

Cette malade a présenté une remarquable instabilité du pouls qui a varié de 100 à 120 pulsations pour une température normale aux environs de 37, et qui s'est élevé à 130, 152, 144 à l'occasion d'une éruption cutanée scarlatiniforme accompagnée de fièvre à 39,4 et 38,6 survenue à la suite des injections de novarsénobenzol. La malade sortit de l'hôpital guérie, quinze jours après son accouchement ;

3° Chez la malade de M. Cathala (obs. 5), l'encéphalite est apparue six jours avant l'accouchement. L'affection a revêtu la forme somnolente avec peu de paralysies oculaires et peu de contractures. L'allure clinique de la maladie fut celle d'une forme légère ; elle évolua en quinze jours au bout desquels la malade sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

Pour les quatre autres nous savons que dans deux cas les malades quittèrent l'hôpital après l'accouchement très améliorées ; pour les deux derniers cas l'évolution de l'affection n'est pas connue

4° La première malade de M. Demelin (obs. 3) avait été soignée pour une encéphalite pendant les septième et huitième mois de sa gestation. Bien que nous manquions de renseignements sur les caractères cliniques revêtus par l'affection, il ne semble pas que la malade ait été gravement atteinte. Son état général était assez bon quand elle entra à la Maternité. Il ne restait des signes de l'encéphalite qu'une paralysie faciale qui

fut assez persistante, la malade dut la faire traiter par l'électricité pendant plusieurs semaines après l'accouchement ;

5° Chez la deuxième malade de M. Demelin (obs. 4), l'encéphalite a été caractérisée par les paralysies oculaires, l'agitation, le délire et l'insomnie. L'état général a été d'emblée grave s'installant subitement en 48 heures, cinq jours avant l'accouchement. Il demeura grave, caractérisé par l'agitation continue. Après l'accouchement l'agitation augmenta au point de nécessiter l'isolement de la malade. Puis quelques jours après le calme revint et, assez rapidement, la malade allant mieux sortit de l'hôpital ;

6° Dans le cas décrit par Garnett (obs. 23), l'encéphalite apparaît au huitième mois de la gestation après un début où se montraient tous les signes de l'encéphalite avec alternance de léthargie et d'agitation avec subdélire, l'affection s'amenda progressivement. L'état de la malade qui était néanmoins loin d'être normal au moment de l'accouchement, s'améliora cependant encore après l'accouchement. La terminaison de la maladie est inconnue ;

7° Dans le cas décrit par Harris (obs. 15), l'encéphalite débute au voisinage du terme, six jours avant l'accouchement. La malade présenta ensuite de la rétention d'urine et un délire qui ne fit qu'empirer. La terminaison de l'affection n'est pas indiquée.

IV. — CHEZ LES TROIS FEMMES QUI GUÉRIRENT AU COURS DE LA GESTATION.

Trois malades seulement guérèrent pendant la gestation

1° Dans le cas de Neal (obs. 17), dont l'observation assez succincte telle qu'elle nous est donnée, nous montre que l'af-

fection fut bénigne, débutant au cinquième mois de la gestation, présenta peu de symptômes ; la période d'état ne dura que deux semaines ; en suite de quoi la malade guérit progressivement ;

2° Chez la malade de MM. Flaissier et Gaujoux (obs. 12), l'encéphalite apparue au septième mois de la gestation est caractérisée par une léthargie qui devint profonde en quelques jours ; paralysies oculaires et contractions irrégulières de la face complétaient le tableau clinique. En un mois cet état était nettement amélioré et la guérison survint ensuite ;

3° La malade de MM. Gaujoux et Vincent (obs. 13) fut prise subitement à cinq mois de gestation de paralysies oculaires et de léthargie profonde. Cet état fut grave mais il ne dura que quinze jours en suite desquels l'amélioration survint rapidement et fut suivie de guérison.

En résumant, dans ces deux derniers chapitres, nous relevons que :

1° Deux fois l'affection fut une forme légère (obs. 5, 17) ;

2° Trois fois la forme clinique fut d'intensité moyenne (obs. 1, 3, 23) ;

3° Quatre fois l'affection revêtit des caractères de gravité (obs. 2, 4, 12, 13) ;

4° Une fois l'état de la malade s'aggravait au moment où l'observation fut publiée (obs. 15).

* * *

Les auteurs des différentes observations que nous venons de voir ne font suivre leurs exposés que de très rares commentaires. C'est là une réserve qui tient à n'en pas douter d'une part à notre peu de connaissances de l'encéphalite au cours de la gestation, et d'autre part à ce que l'étude de l'encéphalite

différentiellement chez l'homme et chez la femme ne semble pas encore avoir été faite.

De l'exposé des cas que nous venons de faire, la première impression qui se dégage est la grande mortalité de la femme.

En effet, si nous nous reportons à notre tableau nous constatons que :

7 femmes sont mortes au cours de la gestation ;

5 femmes sont mortes après l'accouchement.

Ceci nous donne 12 morts sur 22 cas.

Nous basons notre calcul sur 22 cas et non sur 23 car nous éliminons l'observation de Duncan qui ne nous fournit aucun renseignement.

Cette proportion de morts est considérable et donne au pourcentage un chiffre de près de 60 % des cas.

Ce fait frappant de la très grande mortalité de la femme a été noté antérieurement par M. Andérodias dans ses recherches bibliographiques, et, principalement par la doctoresse Schulze.

Celle-ci résumant le nombre des observations anglaises et américaines qu'elle a pu réunir relatives à l'encéphalite épidémique constate :

1° Avec Neal, que l'encéphalite est plus fréquente chez l'homme que chez la femme ;

2° Que la mortalité est beaucoup plus grande chez la femme que chez l'homme ;

3° Qu'enfin, chez la femme enceinte, la mortalité paraît être particulièrement élevée.

Ces conclusions sont basées sur l'étude de 189 cas se répartissant comme suit :

Hommes 122 : 72 guérirent (soit 75 % des cas), 23 moururent, l'évolution des 27 autres cas n'est pas connue.

Femmes 67 : (dont 33 seulement chez des femmes pubères), 27 guérissent (soit 53 %), 24 moururent, l'évolution des 16 autres cas n'est pas connue.

Nous n'avons pas pu vérifier si la mortalité due à l'encéphalite était réellement plus grande chez la femme que chez l'homme. Mais il nous a paru important d'enregistrer cette constatation de l'auteur américain. Car elle pourrait diminuer dans une certaine mesure le rôle d'apparence considérable de l'état gravide et puerpéral qui, en nous donnant un chiffre voisin de 60 % de morts, est loin de la proportion de 20 à 25 % donnée par M. Netter comme chiffre, difficile à fixer, mais néanmoins approximatif, des cas de mort dus à l'encéphalite épidémique. Abstraction faite de cette remarque, la mortalité de la femme au cours de la gestation et des suites de couches n'en est pas moins considérable.

Dans ces 23 observations nous avons relevé les formes cliniques suivantes avec leur fréquence :

1^o Ayant été suivies de mort :

Léthargie et paralysies oculaires.....	— 2 fois = obs. 7, 14.
Léthargie avec myoclonies ..	— 2 fois = obs. 8, 13.
Forme myoclonique pure ...	— 2 fois = obs. 9, 10.
Forme avec insomnie.....	— 1 fois = obs. 6.
Léthargie, insomnie et agitation.....	— 1 fois = obs. 12.
Léthargie avec contractures .	— 1 fois = obs. 21.

2^o N'ayant pas été suivies de mort :

Léthargie et paralysies oculaires.....	— 4 fois = obs. 2, 5, 15 (?), 22.
--	-----------------------------------

Léthargie avec myoclonies..	— 2 fois = obs. 1, 23.
Forme avec insomnie.....	— 1 fois = obs. 17.
Léthargie et insomnie et agitation	— 1 fois = obs. 4.
Contractures et agitation ...	— 1 fois = obs. 11.

Nous avons enfin noté que deux fois (obs. 6 et 17) les malades ont présenté des vomissements violents, alors que dans la majorité des cas il n'y a pas eu de signes notables des accidents gravidiques habituels.

L'encéphalite est apparue..... et a duré :

1° *Cas mortels* : a) Au cours de la gestation :

Obs. 6 : à 3 mois.....	environ 8 semaines
Obs. 7 : à 7 mois 1/2.....	4 semaines
Obs. 14 : 1 mois avant le terme.....	1 mois
Obs. 18 : (?)	4 semaines
Obs. 19 : (?)	4 semaines
Obs. 11 : au 5 ^e mois.....	11 jours
Obs. 21 : au 6 ^e mois.....	près de 1 mois

b) Après l'accouchement :

Obs. 8 : lendemain de l'accouchement.	9 jours
Obs. 9 : milieu du 8 ^e mois.....	plus de 8 semaines
Obs. 20 : 3 semaines avant le terme....	près de 1 mois
Obs. 22 : 1 mois avant le terme.....	environ 2 mois
Obs. 10 : 10 jours avant terme.....	24 jours

2° *Malades ayant survécu* :

Obs. 1 : au 6 ^e mois.....	plus de 5 mois
Obs. 2 : 5 semaines avant le terme....	5 semaines
Obs. 5 : 6 jours avant l'accouchement.	15 jours

Obs. 3 : au 7 ^e mois.....	(?)
Obs. 4 : 8 jours avant l'accouchement.	plus de 3 semaines
Obs. 23 : 8 ^e mois.....	plus de 6 semaines
Obs. 15 : voisinage du terme.....	(?)

3^o *Malades guéries au cours de la gestation :*

Obs. 17 : à 5 mois.....	plus de 3 semaines
Obs. 12 : à 7 mois.....	environ 1 mois
Obs. 13 : à 5 mois.....	environ 3 semaines

II. — L'ENFANT

Sur 23 gestations 14 sont parvenues au terme. Les 14 femmes qui ont accouché ont donné naissance à :

- Obs. 1. Observation personnelle = Une fille pesant
3.380 gr. normale,
bien constituée.
- Obs. 2. Cas de M. Brindeau..... = Un garçon pesant
3.200 grammes.
- Obs. 3. Cas A de M. Demelin = Un garçon pesant
3.250 grammes.
- Obs. 4. Cas B de M. Demelin = Une fille pesant
2.600 grammes.
- Obs. 5. Cas de M. Cathala = Enfant pesant
2.650 grammes.
- Obs. 8. Cas de MM. Couvelaire et Tril-
lat = Un garçon pesant
3.350 gr. qui s'est
développé norma-
lement.
- Obs. 9. Cas de M. Andérodias = Une fille pesant
2.750 gr. bien cons-
tituée.
- Obs. 12. Cas de MM. Flaissier et Gau-
jour = « Un enfant vigou-
reux ».
- Obs. 13. Cas de MM. Gaujoux et Vin-
cent..... = « Un enfant vi-
vant ».
- Obs. 15. Cas de Harris = « Un bel enfant ».
- Obs. 17. Cas de Neal = L'auteur ne fait
pas mention de
l'enfant.

- Obs. 22. Cas de Schulze = Un enfant pesant
4.600 grammes.
- Obs. 23. Cas de Garnett..... = Enfant normal pe-
sant 3.030 gr.
- Obs. 10. Cas de MM. Commandeur et
Eparvier..... = Un enfant né en
état d'asphyxie
bleue, qui meurt
au bout de 15 heu-
res.
- Obs. 20. Cas de Putnam = Un enfant mort-né

Dans le résumé de l'histoire clinique qu'il nous a été donné de pouvoir consulter pour le cas de la malade de Neal nous ne trouvons aucune mention de l'enfant. Néanmoins, du fait qu'il est dit : « la malade accouche normalement à terme » nous croyons pouvoir entendre que l'enfant est né vivant et qu'il fut normal et bien constitué. L'absence de critique en l'espèce nous semble ne pouvoir que signifier l'état normal du nouveau-né. Toute anomalie eût attiré l'attention et eut été notée. C'est dans cette considération que nous rangerons ce cas à côté des douze observations qui ont signalé l'enfant comme normal et bien constitué.

Nous voyons donc que :

L'enfant est né normal et bien constitué : 13 fois.

D'autre part :

Un enfant est né en état d'asphyxie bleue. Mais à son sujet MM. Commandeur et Eparvier s'expriment ainsi : « La rapidité de l'accouchement qui, pour ainsi dire, a passé inaperçu, puisque en une demi-heure l'enfant fut expulsé, a déterminé chez l'enfant un traumatisme violent, dont les lésions anatomiques ont été constatées : hémorragie méningée et inondation ventriculaire ».

Ces auteurs attribuent donc la mort de l'enfant non au fait de l'infection de la mère, mais au traumatisme de l'accouchement.

Un enfant est mort-né : les bruits du cœur fœtal avaient cessé la veille de l'accouchement. Nous notons ici que la mère a accouché en état de léthargie profonde, gravement intoxiquée, et qu'elle est morte quatre jours après l'accouchement.

Nous voyons donc en définitive que :

1^o Sur 22 gestations compliquées d'encéphalite 15 sont parvenues au terme et ont été suivies de naissances, soit 68 % ;

2^o Sur ces 15 naissances, 13 ont donné des enfants vivants, soit 85,5 % ;

3^o Ces 13 enfants sont normaux et bien constitués ; dans aucun cas, il n'a été signalé d'encéphalite chez le nouveau-né, né de mère atteinte d'encéphalite au cours de la gestation. Cette particularité mérite notre attention puisque nous savons que le nourrisson n'est pas à l'abri des atteintes de l'encéphalite comme le montre l'observation de MM. Mouriquand et Lamy.

Ce qu'il y a de plus notable et qui ressort bien du résultat des 13 naissances d'enfants vivants c'est l'évolution normale de la grossesse elle-même chez la femme atteinte d'encéphalite léthargique.

La majorité des auteurs signalent ce fait que la gestation continue normalement son cours.

L'examen de trois cas, dont deux négatifs nous semble ajouter à la conviction générale à ce sujet. Les cas négatifs sont celui de MM. Répond et de Werra, celui de Putnam (obs. 20).

En effet, chez la malade de MM. Répond et de Werra (obs.

14), dont le terme présumé était le 12 mars, la grossesse, malgré l'atteinte profonde de la parturiente continue normalement ; le fœtus ne donne des signes de souffrance que subitement et il meurt le même jour ; le lendemain la parturiente meurt sans avoir présenté de commencement de travail.

Dans le cas de Putnam, également, la gestation a évolué normalement pendant les trois semaines d'encéphalite grave qui précédèrent l'accouchement. Les bruits du cœur fœtal ne furent pas perçus de tout le jour qui précéda l'accouchement. Cette remarque sans autre commentaire dans l'extrait de l'observation que nous possédons semble bien nous laisser croire que la mort du fœtus survint peu avant l'accouchement. La malade gravement atteinte mourut quatre jours après.

Enfin le cas de MM. Couvelaire et Trillat, dont la malade est emportée en neuf jours par l'encéphalite, accouche avant que se soit manifestée l'affection. Bien que nous ignorions encore à ce jour la durée de l'installation de l'encéphalite, et si la remarque faite par Harris dans son étude des premiers cas qui furent confondus avec le botulisme, que cette « affection nouvelle » n'a pas moins de 24 heures d'incubation, il nous faut penser que dans le cas particulier de MM. Couvelaire et Trillat leur malade, malgré l'absence totale des symptômes prémonitoires quelquefois décrits, était déjà atteinte d'encéphalite au moment où elle a accouché.

L'examen de ces cas nous montre que le fœtus n'est mort que très peu de temps, presque immédiatement avant la mort de la parturiente gravement atteinte et que d'autre part, en dehors de toute cause banale, le seul rôle de l'intoxication grave, préagonique de la mère entraîne la mort du fœtus ; en effet dans le cas de MM. Couvelaire et Trillat l'enfant né à la période

initiale d'une forme aiguë grave qui a emporté la mère en neuf jours, a échappé à l'intoxication.

Dans les deux autres cas où la mère est morte après l'accouchement (l'une 36 jours après, l'autre quelques semaines après), l'encéphalite, pour la première, ne devint particulièrement grave que quinze jours après l'accouchement ; pour la seconde la mort est survenue subitement par embolie pulmonaire double, après une amélioration très nette de l'encéphalite.

Durée de la gestation :

Nous avons relevé que les malades ont accouché :

Obs. 1.....	269	jours après les dernières règles
Obs. 2.....	282	» » » »
Obs. 3.....	271	» » » »
Obs. 4.....	310	» » » »
Obs. 5.....	286	» » » »
Obs. 8.....	276	» » » »
Obs. 9.....	266	» » » »
Obs. 10.....	une dizaine de jours avant le terme présumé	
Obs. 13.....	à terme	
Obs. 17.....	à terme	

Nous voyons donc que la durée de la gestation fut normale dans la majorité des cas, exception faite pour les malades des Obs. 8 et 9 qui ont accouché un peu avant le terme présumé.

Schulze, d'autre part, signale que sa malade avait dépassé de un mois le terme prévu.

III. — L'ACCOUCHEMENT

Dans la majorité des cas l'accouchement s'est fait à terme.

Deux malades ont accouché un peu avant le terme présumé ; l'une (obs. 9), une quinzaine de jours avant, l'autre, une dizaine de jours avant.

D'autre part la malade de MM. Répond et de Werra parvenue à terme est morte sans que se soit manifesté aucun signe de travail.

Il s'est fait *normalement* dans tous les cas sauf un : la malade de MM. Commandeur et Eparvier (obs. 10), jeune femme de 16 ans, paraissant beaucoup plus que son âge selon la remarque des auteurs, primipare vraisemblablement, bien que les auteurs ne le disent pas, accouche avec une très grande rapidité : « sans qu'on ait constaté aucun signe qui puisse faire croire à une période de travail, il semble que la malade pousse ». Le toucher a décélé une dilatation complète et après rupture des membranes la malade accouche en une demi-heure.

Bien que normal l'accouchement a revêtu dans certains cas un caractère spécial : *l'indolence*.

La malade de Putnam (obs. 20), chez qui la léthargie était devenue très profonde, ne se réveilla pas pendant le travail qui dura 4 heures. Cette malade mourut quatre jours après avoir accouché.

La malade de M. Andérodias (obs 9), a accouché avec un minimum de douleurs ; la malade « entre en travail. Les contractions ne doivent pas être très douloureuses, car elle ne se plaint pas ; elle ne prévient du reste personne qu'elle souffre et si une de ses voisines de salle ne s'était aperçue qu'elle était en travail et n'avait prévenu la sage-femme de garde, peut-

être l'accouchement serait-il passé inaperçu ». Nous notons ici encore que l'état mental de la malade s'était aggravé les jours précédant l'accouchement, qu'elle se mettait à geindre et à pleurer aussitôt qu'on lui adressait la parole.

MM. Commandeur et Eparvier (obs. 10) s'expriment ainsi au sujet de leur malade : « Sans qu'on ait constaté aucun signe qui puisse faire croire à une période de travail, il semble que la malade pousse : un toucher pratiqué à ce moment décèle une dilatation complète ».

La malade de Garnett (obs. 23) bien qu'elle ait présenté des contractions utérines fortes « ne se plaignit pas des douleurs du travail. Elle ne sembla point du tout souffrir et dit que bien qu'elle les ait ressenties les douleurs ne lui firent que peu ou relativement peu de mal ». Cette malade avait présenté du subdélire, de l'agitation, de la somnolence ; bien que son état physique et intellectuel se fût sensiblement amélioré il était loin d'être normal lorsqu'elle entra dans la période de travail.

Les *contractions utérines* furent assez rapides chez la malade de M. Cathala (obs. 5) ; elles furent fortes chez la malade de Garnett (obs. 23).

Par ailleurs elles semblent avoir été normales.

Enfin notons que dans les cas où la maladie a présenté le type myoclonique pur, ou fut compliquée de phénomènes myocloniques, l'utérus à aucun moment n'a été le siège de contractions spasmodiques, ni, au moment de l'accouchement, de contractions plus violentes que normalement.

L'accouchement dans aucun cas n'a amendé l'encéphalite ; l'affection en effet a suivi son cours dans tous les cas où les malades sont arrivées non guéries à terme.

La *durée du travail* dans les observations où nous l'avons trouvée mentionnée fut la suivante :

Primipares : Obs. 1	— 10 heures
Primipares : Obs. 1	— 10 heures
— Obs. 2	— 9 h. 1/2
— Obs. 8	— 5 h. 50
— Obs. 4.	— 12 heures
Multipares : Obs. 3	— 1 h. 1/2
— Obs. 5.	— 1 heure
— Obs. 10	— 1/2 heure
— Obs. 20	— 4 heures
— Obs. 22	— 5 heures
— Obs. 23	— 2 heures

DÉLIVRANCE

La délivrance dans chaque cas où elle a été mentionnée fut normale.

Le poids du placenta fut par rapport au poids de l'enfant, le suivant :

	Poids de l'enfant	Poids du placenta
Obs. 1.....	3.380 gr.	570 gr.
Obs. 2.....	3.200 »	410 »
Obs. 3.....	3.250 »	580 »
Obs. 4.....	2.600 »	600 »
Obs. 8.....	3.350 »	600 »
Obs. 5.....	2.640 »	320 »

Il ne semble donc pas y avoir de modification de poids du placenta sous l'influence de l'encéphalite.

ALLAITEMENT

L'enfant a été nourri au sein dans les cas suivants :

Obs. 1. — La mère chez qui l'encéphalite continue à évoluer après l'accouchement nourrit son enfant. L'enfant, pendant la période où il put être observé, regagna son poids à la naissance, le douzième jour. Il se développa normalement par la suite.

Obs. 2. — La mère, convalescente de son encéphalite nourrit son enfant. Celui-ci avait montré des signes de souffrance au moment de l'accouchement. Cet enfant dont l'état général n'était pas mauvais ne regagna jamais son poids de la naissance pendant les trois semaines où il fut observé. Par la suite il s'alimenta mal, maigrit et mourut.

Obs. 7. — L'enfant fut nourri tout d'abord au sein par sa mère ; les tétées furent complétées avec du lait stérilisé coupé par moitié.

L'enfant présente des selles jaunes et de l'hypothermie. On nourrit alors l'enfant au biberon.

La mère mourut rapidement.

Obs 5. — Il est simplement fait mention que la mère nourrit son enfant.

Obs. 23. — La malade malgré que son lait fût très peu abondant, essaya de nourrir son enfant. La mère était en voie d'amélioration de son encéphalite.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Visant particulièrement l'encéphalite par rapport à la femme en état de gestation, nous avons vu que Sachs dans les deux cas qu'il a observés, MM. Répond et de Werra pour leur malade, se sont posé la question de provoquer ou de hâter l'accouchement dans un espoir thérapeutique.

Ces auteurs ont décidé de ne pas intervenir. Pouvons-nous, de l'examen des cas que nous connaissons, nous faire une idée précise à ce sujet ?

Pour la mère ? — Nous avons vu que l'accouchement n'avait nullement amendé l'encéphalite. Il n'y a donc pas lieu d'intervenir dans l'espoir de sauver la mère.

Pour l'enfant ? — Devons-nous ici, comme cela a été proposé par certains dans la méningite tuberculeuse (Demelin et Thoyer-Rozat), obéir à l'indication de provoquer immédiatement l'accouchement dans le cas où le fœtus est viable et sitôt le diagnostic fait ? Le fœtus court-il ici le risque d'être infecté par la voie placentaire ?

L'ignorance actuelle, et de l'agent pathogène de l'encéphalite épidémique, et du trouble physio-pathologique que l'affection peut déterminer au cours de la gestation ne permet pas de

répondre à ces préoccupations et l'examen clinique des cas que nous avons sous les yeux ne semble pas nous donner une indication précise.

Chez la malade de MM. Répond et de Werra le fœtus est mort in utero la veille de la mort de la mère. Chez la malade de Putnam, le fœtus est mort peu de temps avant l'accouchement qui fut normal ; la mère mourut quatre jours après l'accouchement.

Pouvons-nous déduire du fait que dans la très grande majorité des cas l'enfant naît vivant et que jusqu'à présent il nous semble échapper à toute atteinte pathologique in utero, qu'il y ait une indication d'intervenir au voisinage du terme chez une femme gravement atteinte ?

La question est difficile à résoudre : l'intervention d'une part n'est pas sans gravité pour la mère, ajoutant un traumatisme de plus à l'affection grave ; le moment de l'intervention d'autre part est particulièrement délicat à choisir : trop tôt, on court le risque de donner naissance à un fœtus prématuré ; au contraire, quand apparaissent les signes de souffrance sans que la femme soit en travail, l'intervention est trop tardive et trop aléatoire pour qu'on puisse retenir une telle indication.

CONCLUSIONS

1° L'encéphalite épidémique apparue et évoluant au cours de la gestation et de la puerpéralité semble d'une gravité considérable pour la femme, la mortalité^e étant pour les cas publiés de près de 60 % des cas.

Le nombre restreint des observations que nous avons pu recueillir ne permet pas de donner à ce chiffre une valeur absolue ; aussi ne le présentons-nous qu'à titre d'indication en attendant que soient établies les statistiques basées sur un plus grand nombre de cas et comprenant en particulier les cas frustes.

2° Le cours de la gestation ne paraît pas influencé par l'encéphalite ;

Dans aucun cas l'encéphalite n'a provoqué l'expulsion du fœtus ; trois femmes ont guéri avant l'accouchement ; sept sont mortes non accouchées ;

Dans un seul cas le fœtus est mort in utero avant l'accouchement ;

3° L'accouchement ne semble pas modifier l'évolution de l'encéphalite en cours. La gravité habituelle de l'affection demeure la même pour la mère dans les suites de couches que pendant la gestation ;

4° L'enfant naît vivant dans la très grande majorité des cas ;

5° L'infection maternelle ne lèse qu'exceptionnellement l'enfant in utero (1 cas). L'enfant naît sain en apparence et peut se développer normalement. Il n'a été signalé aucun cas d'encéphalite dans les jours qui ont suivi la naissance chez les enfants nés de mère atteinte de l'affection au cours de la gestation.

Vu : LE DOYEN.

Vu : LE PRÉSIDENT.

H. ROGER.

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS.

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Harris W. — *Lancet*, 20 avril 1918.
- Duncan J.-W. — *British Medical Journal*, 11 mai 1918.
- Bassoe Peter. — Epidemic encephalitis (Nona) 72-7. *Amer. Med. Ass.*, 5 avril 1919.
- Putnam O. — *Missouri Med. Ass.*, .. août 1919.
- Sachs B. — *New-York Med. Journ.*, 24 mai 1919.
- Neal Joséphine B. — Lethargic encephalitis, *Arch. Neurol. et Psych.*, 1^{er} septembre 1919.
- Couvellaire et Trillat. — *Obst. et Gynécol.*, n° 1, 1920.
- Schulze Margaret. — Encephalitis lethargica in pregnancy. *Journ. of the Amer. Ass.*, n° 11, mars 1920.
- Garnett A.-J.-P. — Lethargic encephalitis as a complication of pregnancy and labor. *Jour. Amer. Med. Ass.*, n° 19, mai 1920.
- Répond A. — Grossesse à terme compliquée d'encéphalite léthargique. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, n° 5, mai 1920.
- Audry et Froment J. — Trismus et encéphalite épidémique. *Lyon-Médical*, n° 12, 25 juin 1920.
- Andérodias. — Un cas d'encéphalo-myéélite diffuse à forme myoclonique au cours de la puerpéralité. *Bulletin de la Sté d'Obst. et Gyn. de Paris*, n° 4, 1920.
- Commandeur et Eparvier. — Encéphalite et grossesse. *Bulletin de la Sté d'Obst. et Gyn. de Paris*, n° 5, 1920.
- Flaissier et Gaujoux. — Un cas d'encéphalite léthargique durant la grossesse. *Soc. Obst. et Gyn.*, Montpellier, 4 décembre 1920.
- Gaujoux et Vincent. — Encéph. épid. et gross.
- Krein. — *Centralblatt. Gyn.*, 23 oct. 1920.
- Dimitz. — Encéphalite choréiforme. *Wiener Klin. Wochensch.*, 1920, nos 8 et 11.
- Netter A. — L'encéphalite léthargique. *Presse Méd.*, 7 avril 1920.
- Netter A. — L'encéphalite léthargique épid. *Paris-Méd.*, août 1918.
- Durodié. — *Journ. de Med. de Bordeaux*, n° 4, avril 1920.
- Mouriquand et Lamy. — Encéph. aiguë myocl. chez un nourrisson. *Lyon-Médical*, n° 12, 1920.

ADDENDUM

Dans nos recherches bibliographiques nous n'avons pas toujours pu retrouver au complet, ni même parfois, reconstituées depuis 1914, les collections des périodiques d'obstétrique et de gynécologie, aussi avons-nous conscience que des observations nous ont échappé. Parmi celles-ci figure une observation de M. Roume présentée à la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier, séance du 25 novembre 1920.

De plus, nous avons volontairement fait abstraction des publications allemandes, mais afin que notre bibliographie soit aussi complète que possible, nous y avons ajouté l'indication de ces publications.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
OBSERVATION PERSONNELLE.....	13
OBSERVATIONS INÉDITES.....	35
OBSERVATIONS ANTÉRIEUREMENT PUBLIÉES:	
En France	42
En Suisse	60
En Amérique et en Angleterre.....	62
ÉTUDE CRITIQUE.....	75
La Mère.....	76
L'enfant	87
L'accouchement	92
Délivrance.....	94
Allaitement	95
CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES.....	97
CONCLUSIONS	99
BIBLIOGRAPHIE	101
ADDENDUM	102



